Keperawatan kesehatan jiwa (mental health nursing) adalah bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, menerapkan teori perilaku manusia sebagai ilmunya dan penggunaan diri sendiri secara terapeutik sebagai kiatnya. Keperawatan jiwa memandang klien sebagai sistem yang adaptif dalam rentang respon kesehatan jiwa sebagai upaya pencegahan primer, sekunder dan tertier terhadap klien dengan masalah biopsikososial dan spiritual dan gangguan kesehatan jiwa pada semua tingkat perkembangan manusia dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

Buku ini sebagai acuan perawat, pengajar dan mahasiswa, dibuat secara komprehensif asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan jiwa dari tinjauan teori dan praktik klinik, sehingga memudahkan untuk dibaca dan dipahami. Pengetahuan dan ketrampilan yang didapat dalam buku ini diharapkan dapat menjadi dasar mahasiswa memasuki dunia keperawatan dan menjadi seorang perawat professional dalam memberikan pelayanan keperawatan jiwa dan integrasi dengan bidang lain pada klien dan keluarga dalam berbagai kondisi, baik ditatanan rumah sakit maupun komunitas.

Buku ajar keperawatan kesehatan jiwa ini berisi tentang:

1. Konsep kesehatan jiwa
2. Proses keperawatan jiwa
3. Asuhan keperawatan pada gangguan psikososial
4. Asuhan keperawatan pada gangguan jiwa anak dan remaja
5. Asuhan keperawatan pada gangguan jiwa dewasa dan lanjut usia
6. Asuhan keperawatan pada kedaruratan gangguan jiwa
7. Terapi modalitas keperawatan jiwa
8. Panduan praktik klinik keperawatan jiwa

Lilik Ma'rifatul Azizah, lahir di Kediri pada 8 September 1974. Menyelesaikan AKPER Depkes RI Malang pada tahun 1995. Mendapat gelar Sarjana Keperawatan (Skep) dan Profesi (Ns.) dari Universitas Airlangga Surabaya tahun 2002. Menyelesaikan Program Magister (S2) Ilmu Kesehatan Mayarakat (Minat Kesehatan Jiwa Masyarakat) di Universitas Airlangga tahun 2008. Saat ini sedang menempuh program Doktor di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.

Imam Zainuri, lahir di Tulungagung pada 9 September 1973. Menyelesaikan pendidikan di AKPER Darul Ulum Jombang pada tahun 1995. Mendapat gelar Sarjana Keperawatan (Skep) dan Profesi (Ns.) dari Universitas Airlangga Surabaya tahun 2004. Menyelesaikan Program Magister (S2) Ilmu Kesehatan Mayarakat (Minat Kesehatan Jiwa Masyarakat) di Universitas Airlangga tahun 2009. Saat ini sedang menempuh program Doktor di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Amar Akbar, lahir di Jombang pada 11 Februari 1987. Menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan (Skep) dan Profesi (Ns.) dari STIKes Bina Sehat Mojokerto tahun 2010. Menyelesaikan Program Magister Kedokteran Keluarga peminatan Pendidikan Kesehatan di Universitas Sebelas Maret (UNS) Solo tahun 2014.

Indomedia Pustaka

Lilik Ma'rifatul Azizah
Imam Zainuri
Amar Akbar

BUKU AJAR KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA
Teori dan Aplikasi Praktik Klinik

Indomedia Pustaka

Indomedia Pustaka

BUKU AJAR KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

Teori dan Aplikasi Praktik Klinik

Lilik Makrifatul Azizah • Imam Zainuri • Amar Akbar

Indomedia Pustaka

BUKU AJAR KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

Teori dan Aplikasi Praktik Klinik

Lilik Makrifatul Azizah ◆ Imam Zainuri ◆ Amar Akbar

BUKU AJAR KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA
Teori dan Aplikasi Praktik Klinik

Lilik Ma'rifatul Azizah
Imam Zainuri
Amar Akbar

Edisi Asli
Hak Cipta © 2016, Indomedia Pustaka
Gebang No. 59 RT. 03 RW. 44 Wedomartani
Ngemplak, Sleman, Yogyakarta, 55583
Telp. : (0274) 2830613
Website : www.indomediapustaka.com
E-mail : info@indomediapustaka.com

Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apa pun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penerbit.

UNDANG-UNDANG NOMOR 19 TAHUN 2002 TENTANG HAK CIPTA
1. Barang siapa dengan sengaja dan tanpa hak mengumumkan atau memperbanyak suatu ciptaan atau memberi izin untuk itu, dipidana dengan pidana penjara paling lama **7 (tujuh) tahun** dan/atau denda paling banyak **Rp 5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah)**.
2. Barang siapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dipidana dengan pidana penjara paling lama **5 (lima) tahun** dan/atau denda paling banyak **Rp 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah)**.

Azizah, Lilik Ma'rifatul
Zainuri, Imam
Akbar, Amar

Teori dan Aplikasi Praktik Klinik— Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa/
Lilik Ma'rifatul Azizah, Imam Zainuri, Amar Akbar
Edisi Pertama
—Yogyakarta: Indomedia Pustaka, 2016
1 jil., 17 × 24 cm, 650 hal.

ISBN:

1. Keperawatan 2. Keperawatan Jiwa
I. Judul II. Penulis

Ucapan Terima Kasih

Dengan menyebut nama Allah yang Maha Pengasih dan Maha Penyayang. Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, atas segala Rahmat dan Hidayah-Nya sehingga penyusunan buku jjar keperawatan kesehatan jiwa ini dapat terselesaikan.

Ucapan terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kami sampaikan kepada kedua orangtuaku kami atas do'a dan pengorbanan dalam mendidik dengan penuh kasih dan keimanan sebagai bekal mengarungi 'universitas kehidupan'. Keluarga kami yang sakinah, terimakasih untuk dukungan yang penuh kasih. Pimpinan dan Civitas Akademika STIKES Bina Sehat PPNI Mojokerto, atas dorongan dan kerjasamanya dalam mengembangkan diri dan institusi. Teman-teman di Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wedyodiningrat Lawang, RSJ Menur Surabaya, Lapas kelas 2 B Mojokerto, dan sejawat di puskesmas se-Kabupaten dan Kota Mojokerto, terimakasih untuk narasumber dan diskusi-diskusinya tentang 'membumikan' ilmu yang ada di 'langit'. Kepada seluruh klien dan keluarganya, terimakasih kerjasamanya dan kalianlah sumber ilmu yang tidak pernah kering. Semua mahasiswa yang telah bekerjasama dan membantu kita untuk menjadi dosen yang lebih baik dengan pertanyaan, umpan balik, dan inspirasi yang tiada henti. Untuk pasangan hidup dunia dan akhirat kami, beserta permata hati tercinta, terimakasih untuk cinta dan kasih sayang yang seluas samudera, kesabaran, ketulusan, pengorbanan, dan waktu-waktu kebersamaan yang hilang karena pekerjaan. *We can't live without you*.

Semoga Allah S.W.T senantiasa melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya kepada semua pihak yang telah terlibat dan ikut serta dalam penyelesaian buku ajar ini. Akhirnya saya ucapkan syukur Alhamdulillah, segala puji kepada Allah, Tuhan semesta alam.

Tim Penulis

Lilik Ma'rifatul Azizah
Imam Zainuri
Amar Akbar

Pengantar

A. Pendahuluan

Keperawatan kesehatan jiwa (*mental health nursing*) adalah bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, menerapkan teori perilaku manusia sebagai ilmunya dan penggunaan diri sendiri secara terapeutik sebagai kiatnya. Mata kuliah keperawatan kesehatan jiwa ini mempelajari tentang konsep dan prinsip – prinsip serta trend dan isu kesehatan dan keperawatan jiwa. Dalam mata kuliah ini dibahas tentang klien sebagai sistem yang adaptif dalam tentang respons sehat jiwa sampai gangguan jiwa, psikodinamika, terjadinya masalah kesehatan/keperawatan jiwa yang umum di Indonesia. Upaya keperawatan dalam pencegahan primer, sekunder dan tertier terhadap klien dengan masalah psikososial dan spiritual serta gangguan kesehatan jiwa pada semua tingkat perkembangan manusia dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan, termasuk hubungan terapeutik secara individu dan dalam koteks keluarga. Pengalaman belajar ini akan berguna dalam memberikan pelayanan/asuhan keperawatan jiwa dan integrasi keperawatan jiwa pada area keperawatan lainnya.

Praktik klinik keperawatan jiwa merupakan kegiatan belajar studi kasus yang akan memungkinkan peserta didik memperoleh kesempatan untuk melaksanakan praktik pada situasi sebenarny. Peserta didik diberi kesempatan mengaplikasikan mata ajar keperawatan jiwa yang diperoleh selama mengikuti pendidikan perkuliahan, serta menerapkan ketrampilan berkomunikasi dan terapi modalitas keperawatan jiwa yang telah disimulasikan di laboratorium kelas. Buku ajar ini sebagai acuan mahasiswa secara komprehensif dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan jiwa dari tinjauan teori dan praktik klinik, sehingga memudahkan untuk dibaca dan dipahami. Pengetahuan dan ketrampilan yang didapat dalam

buku ini diharapkan dapat menjadi dasar mahasiswa memasuki dunia keperawatan dan menjadi seorang perawat professional dalam memberikan pelayanan keperawatan jiwa pada klien dan keluarga dalam berbagai kondisi, baik ditatanan rumah sakit maupun komunitas. Buku ajar ini disusun dengan mengacu pada kurikulum pendidikan tinggi keperawatan dengan dilengkapi contoh aplikasi penerapan pada klien dengan gangguan kesehatan jiwa.

B. Tujuan Pembelajaran

1. Tujuan Umum
   Setelah proses pembelajaran diharapkan mampu mempraktekkan asuhan keperawatan pada klien gangguan jiwa dengan pendekatan humanistic.
2. Tujuan Khusus
   Setelah mempelajari buku ini, diharapkan mampu:
   a. Menganalisis proses terjadinya gangguan jiwa dalam perspektif keperawatan jiwa dan konseptual model dalam keperawatan jiwa.
   b. Menganalisis sejarah keperawatan jiwa dan trend serta isu dalam keperawatan jiwa secara global.
   c. Menganalisis konsep recovery, supportive environment, dan peran perawat jiwa serta interdisiplinary approach dalam keperawatan jiwa.
   d. Menerapkan proses keperawatan jiwa, prinsip-prinsip legal etis dan lintas budaya dalam asuhan keperawatan keperawatan jiwa
   e. Melakukan simulasi asuhan keperawatan klien dengan masalah psikososial: Kecemasan, konsep diri, kehilangan, dan distres spiritual
   f. Melakukan simulasi asuhan keperawatan penyalahgunaan NAPZA dan AIDS
   g. Melakukan simulasi asuhan keperawatan klien gangguan mood dan bunuh diri.
   h. Melakukan simulasi asuhan keperawatan klien halusinasi, waham, menarik diri dan perilaku kekerasan.
   i. Melakukan simulasi asuhan keperawatan pada kelompok khusus: anak dan remaja serta lansia
   j. Mampu melakukan terapi modalitas keperawatan jiwa.

C. Metode Pembelajaran

Mata ajar keperawatan kesehatan jiwa mempunyai bobot 6 (enam) SKS yang diberikan pada semester 4 dan 5 untuk program S1 Keperawatan dan 3 SKS program profesi Ners. Untuk program D3 Keperawatan terdiri dari 4 SKS. Dalam proses pembelajaran metode yang digunakan meliputi *lecturing*, *discovery learning*, *homework* (*case study*), presentasi dan diskusi, demonstrasi, role play, *small grup discussion* (SGD) dan praktik laboratorium klinik.

D. Sarana dan Prasarana

Sarana dan prasarana yang dibutuhkan untuk mata ajar ini adalah ruang perkuliahan, LCD, OHP, White board dan alat tulis. Sarana pendukung lainnya adalah portofolio dan modul praktek laboratorium, laboratorium Keperawatan Jiwa (kelas dan klinik), serta perpustakaan yang memuat bahan rujukan dan internet.

E. Evaluasi

Evaluasi dilakukan berdasarkan pencapaian tujuan pembelajaran yang dilakukan dengan metode formatif dan sumatif dengan prosentase sebagai berikut:

- Seminar/penugasan (PBD) 20 %
- Ujian Tulis(PBC/D) : UTS 20 % dan UAS 20 %
- Laboratorium kelas 20% dan praktik klinik 20%

Alat evaluasi yang digunakan berupa lembar penilaian diskusi kelompok, chek list, Self assasment, tugas tertulis serta penilaian hasil UTS dan UAS dengan kriteria penilaian :

A = 80 - 100
B = 70 – 79
C = 60 - 69
dan tidak lulus jika nilai kurang dari 60.

Evaluasi juga dilakukan untuk efektifitas diktat melalui : presentase mahasiswa yang lulus, serta evaluasi proses berupa kesesuaian modul dengan penerapannya yang akan menggunakan kuisioner evaluasi yang diisi oleh mahasiswa.

F. Pokok Bahasan dan Sub Pokok Bahasan

BAB 1: **Konsep Dasar Kesehatan jiwa**

1.1. Kesehatan Jiwa
1.2. Stress dan Koping
1.3. Perkembangan Jiwa Manusia
1.4. Kesehatan Jiwa Masyarakat

BAB 2: Konsep Dasar Keperawatan Jiwa

2.1 Keperawatan Jiwa
2.2 Hubungan Terapeutik Perawat dan Klien
2.3 Aspek Spiritual dan Psikosexual dalam Keperawatan
2.4 Proses Keperawatan Jiwa

BAB 3: Asuhan Keperawatan Gangguan Psikososial
3.1. Konsep Diri
3.2. Kecemasan
3.3. Intervensi Krisis
3.4. Koping pada Kehilangan, Kematian, dan Dukacita

BAB 4: Asuhan Keperawatan Gangguan Jiwa Khusus
4.1 Asuhan Keperawatan pada gangguan jiwa Anak dan Remaja
4.2 Asuhan Keperawatan pada anak dengan Retardasi Mental
4.3 Asuhan Keperawatan pada klien perubahan Alam Perasaan
4.4 Asuhan Keperawatan pada klien Gangguan Mental Organik
4.5 Asuhan Keperawatan pada klien Skizofrenia

BAB 5: Asuhan Keperawatan Gangguan Jiwa pada Dewasa dan Lansia
5.6 Asuhan Keperawatan pada klien Harga Diri Rendah
5.7 Asuhan Keperawatan pada klien Isolasi Sosial
5.8 Asuhan Keperawatan pada klien Halusinasi
5.9 Asuhan Keperawatan pada klien Waham
5.10 Asuhan Keperawatan pada klien Perilaku Kekerasan
5.11 Asuhan Keperawatan pada klien Defisit Perawatan diri
5.12 Asuhan Keperawatan pada lansia dengan Depresi
5.13 Asuhan Keperawatan pada lansia dengan Dementia

BAB 6: Kedaruratan Mental Psikiatri
6.1 Asuhan Keperawatan klien dengan penyalahgunaan NAPZA
6.2 Asuhan Keperawatan klien dengan Amuk/Agresi
6.3 Asuhan Keperawatan klien dengan resiko Bunuh Diri

BAB 7: Terapi Modalitas Keperawatan Jiwa
7.1 Terapi Kelompok
7.2 Terapi Individu
7.3 Terapi Keluarga
7.4 Terapi Kognitif
7.5 Terapi Perilaku
7.6 Terapi Lingkungan
7.7 Terapi ECT
7.8 Terapi Psikofarmaka

UNIT 8: Panduan Praktek Keperawatan Jiwa

8.7 Pengantar Praktek Keperawatan Jiwa
8.8 Pengkajian Asuhan Keperawatan Jiwa
8.9 Format Asuhan Keperawatan Jiwa
8.10 Format Evaluasi Praktek Keperawatan Jiwa

Akhirnya, dengan segala keterbatasan dan kerendahan hati, penulis membuka diri atas masukan dan kritikan demi perbaikan buku ajar ini yang jauh dari kesempurnaan. Semoga buku ajar ini bermanfaat dan memberi sumbangsih bagi perkembangan ilmu keperawatan jiwa dan meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan pada umumnya.

Tim Penulis,

Lilik Ma'rifatul Azizah
Imam Zainuri
Amar Akbar

Daftar Isi

Ucapan Terima Kasih ..... **iii**
Pengantar ..... **v**
Daftar Isi ..... **vii**

Unit 1: Konsep Dasar Kesehatan Jiwa 1
Bab 1 Kesehatan Jiwa **3**
A. Pengertian Sehat Jiwa 3
B. Kriteria Sehat Jiwa 4
C. Cara Meningkatkan Kesehatan Jiwa 7
D. Sasaran dalam Kesehatan Jiwa 7
E. Ruang Lingkup Kesehatan Jiwa 8
F. Prinsip dalam Kesehatan Jiwa 8

Bab 2 Stress dan Koping **11**
A. Stress 11
B. Koping 20

Bab 3 Perkembangan Jiwa Manusia **31**
A. Pendahuluan 31
B. Teori-Teori Perkembangan Jiwa Manusia 31
C. Teori Perkembangan Psikososial Ericson 33
D. Tahap-Tahap Perkembangan Manusia 36

Bab 4 Kesehatan Jiwa Masyarakat 55
A. Pendahuluan 55
B. Stressor Kesehatan Jiwa di Masyarakat 56
C. Masalah Kesehatan Jiwa Masyarakat 57
D. Upaya Kesehatan Jiwa Masyarakat 58
E. Prinsip Kesehatan Jiwa Masyarakat 62

Unit 2: Konsep Dasar Keperawatan Jiwa 65
Bab 5 Keperawatan Jiwa 67
A. Pengertian 67
B. Ruang Lingkup Pelayanan Keperawatan Jiwa 67
C. Peran Dan Fungsi Perawat Jiwa 68
D. Standar Praktik Keperawatan Jiwa 69
E. Model Keperawatan Jiwa 72

Bab 6: Hubungan Terapeutik Perawat-Klien 77
A. Pendahuluan 77
B. Analisa Diri Perawat 78
C. Hubungan Terapeutik 80
D. Komunikasi Terapeutik 83

Bab 7 Aspek Spiritual dan Psikosexual dalam Keperawatan 91
A. Spiritual dalam Keperawatan 91
B. Psikosexual dalam Keperawatan 101

Bab 8 Proses Keperawatan Jiwa 109
A. Pendahuluan 109
B. Pengkajian 110
C. Diagnosis 112
D. Perencanaan 113
E. Implementasi 115
F. Evaluasi 115

Unit 3: Perubahan Kesehatan Jiwa 117
Bab 9 Konsep Diri 119
A. Pendahuluan 119
B. Pengertian Konsep Diri 120
C. Rentang Respon Konsep Diri 120
D. Komponen Konsep Diri 121
E. Faktor Predisposisi 126
F. Faktor Presipitasi 126

G. Perilaku Perubahan Konsep Diri 127
H. Proses Keperawatan Perubahan Konsep Diri 129

Bab 10 Asuhan Keperawatan pada Kecemasan 135
A. Pengertian 135
B. Rentang Respon Kecemasan 136
C. Sumber Kecemasan 136
D. Gejala-Gejala Kecemasan 136
E. Karakteristik Tingkat Kecemasan 138
F. Proses Keperawatan pada Klien dengan Kecemasan 140

Bab 11 Intervensi Krisis 143
A. Definisi 143
B. Jenis Krisis 143
C. Pertimbangan Umum tentang Krisis 144
D. Perkembangan Krisis 145
E. Proses Terjadinya Krisis 145
F. Penatalaksanaan Krisis 146
G. Prinsip Intervensi Krisis 146
H. Tinjauan Proses Keperawatan 147

Bab 12 Koping pada Kehilangan, Kematian, dan Berduka 151
A. Pendahuluan 151
B. Kehilangan 152
C. Kematian 154
D. Berduka (Grieving) 161

Unit 4: Asuhan Keperawatan Gangguan Jiwa Khusus 165
Bab 13 Asuhan Keperawatan Gangguan Jiwa pada Anak dan Remaja 167
A. Latar Belakang 167
B. Proses Tumbuh Kembang Jiwa Anak 167
C. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi 172
D. Scope/Bidang Jiwa Anak 173
E. Gangguan Jiwa pada Anak 173
F. Proses Keperawatan Jiwa Anak 174
G. Scope/Ruang Lingkup Jiwa Remaja 177
H. Perkembangan Jiwa Remaja 177
I. Gangguan Jiwa Remaja 178
J. Proses Keperawatan Psikiatri Remaja 178

Bab 14 Asuhan Keperawatan pada Retardasi Mental 183
A. Latar Belakang 183
B. Pengertian Retardasi Mental 184
C. Tingkatan Retardasi Mental 184
D. Etiologi Retardasi Mental 185
E. Peran Perawat pada Retardasi Mental 186
F. Proses Keperawatan pada Retardasi Mental 187

Bab 15 Asuhan Keperawatan pada Perubahan Alam Perasaan 189
A. Pengertian 189
B. Rentang Respon Emosi 189
C. Faktor yang Mempengaruhi Alam Perasaan 190
D. Depresi 190
E. Mania 191
F. Proses Keperawatan 192

Bab 16 Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Mental Organik (GMO) 199
A. Pengertian 199
B. Etiologi 199
C. Manifestasi Klinis 200
D. Macam-Macam Gangguan Mental Organik 200
E. Macam-Macam Sindroma Mental Organik 200
F. Rentang Respon Kognitif 201
G. Proses Keperawatan 201
H. Sindroma Otak Organik karena Epilepsi 203
I. Sindroma Otak Organik karena Delirium dan Dementia 204

Bab 17 Asuhan Keperawatan pada klien Skizofrenia 211
A. Psikosa 211
B. Skizofrenia 212

Unit 5: Asuhan Keperawatan Gangguan Jiwa pada Dewasa dan Lansia 223

Bab 18 Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Harga Diri Rendah 225
A. Harga Diri (*Self Esteem*) 225
B. Harga Diri Rendah 226
C. Proses Terjadinya Harga Diri Rendah 226
D. Proses Keperawatan Klien Harga Diri Rendah 231
E. Terapi Modalitas yang Cocok pada Klien Harga Diri Rendah 247

F. Terapi Aktifitas Kelompok (TAK) yang sesuai dengan Klien HDR.. 249
G. Terapi Aktifitas Kelompok Stimulasi Persepsi (TAKSP) Peningkatan Harga Diri 250

Bab 19 Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Isolasi Sosial..... 255
A. Latar Belakang 255
B. Pengertian Isolasi Sosial 255
C. Proses Terjadinya Masalah 256
D. Proses Keperawatan 262

Bab 20 Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Halusinasi..... 291
A. Definisi 291
B. Proses Terjadinya Masalah 292
C. Proses Keperawatan 297

Bab 21 Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Waham 327
A. Pengertian Waham 327
B. Proses Terjadinya Masalah Waham 328

Bab 22 Asuhan Keperawatan pada Klien Perilaku Kekerasan 363
A. Definisi Perilaku Kekerasan 363
B. Terapi Modalitas yang Cocok pada Kasus Perilaku Kekerasan 393
C. Evaluasi dan Dokumentasi 402

Bab 23 Asuhan Keperawatan pada Klien Defisit Perawatan Diri 405
A. Pengertian 405
B. Jenis-Jenis Perawatan Diri 405
C. Etiologi 406
D. Tanda dan Gejala 407
E. Mekanisme Koping 408
F. Rentang Respon Kognitif 408
G. Pohon Masalah 409
H. Diganosa Keperawatan 409
I. Fokus Intervensi 409

Bab 24 Asuhan Keperawatan pada Lanjut Usia dengan Depresi..... 413
A. Latar Belakang 413
B. Pengertian Depresi 414
C. Tanda dan Gejala Depresi 414
D. Karakteristik Depresi pada Lanjut Usia 416
E. Penyebab Depresi 417
F. Penyebab Depresi pada Lanjut Usia 418

G. Depresi Lanjut Usia pada Pasca Kuasa (*Post Power Syndrome*) 421
H. Faktor-Faktor yang Menyebabkan Depresi pada Lanjut Usia yang Tinggal di Institusi 423
I. Skala Pengukuran Depresi pada Lanjut Usia 424
J. Upaya Penanggulangan Depresi pada Lansia 426

Bab 25 Asuhan Keperawatan pada Lanjut Usia dengan Dementia 429
A. Latar Belakang 429
B. Pengertian Dementia 430
C. Etiologi 430
D. Karakteristik Dementia 432
E. Klasifikasi Dementia 433
F. Pemeriksaan Dementia 435
G Penanganan Pasien Dementia 436
H. Keperawatan Wandering (saat Matahari Terbenam) pada Lansia 437
I. Pencegahan Dementia pada Lanjut Usia 438

Unit 6: Kedaruratan Mental Psikiatri 445
Bab 26 Asuhan Keperawatan pada Penyalahgunaan Napza 447
A. Latar Belakang 447
B. Definisi NAPZA 449
C. Proses Terjadinya Masalah 449
D. Manifestasi Klinik 454
E. Mekanisme Koping 455
F. Upaya Pencegahan dan Penanggulangan Penyalahgunaan NAPZA 455
G. Proses Keperawatan 458

Bab 27 Asuhan Keperawatan pada Kedaruratan Klien Amuk 467
A. Definisi Perilaku Kekerasan (Amuk) 467
B. Etiologi 468
C. Tanda dan Gejala 469
D. Asuhan Keperawatan Perilaku Kekerasan (Amuk) 470

Bab 28 Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Resiko Bunuh Diri 479
A. Latar Belakang 479
B. Definisi Bunuh Diri 480
C. Proses Terjadinya 481

D. Proses Keperawatam Klien Resiko Bunuh 488
E. Terapi Modalitas 508
F. Terapi Aktivitas Kelompok 509

Unit 7: Terapi Modalitas Keperawatan Jiwa..... 523
Bab 29 Terapi Modalitas dalam Keperawatan Jiwa..... 525
A. Latar Belakang 525
B. Terapi Kelompok 526
C. Terapi Individu 536
D. Terapi Keluarga 540
E. Terapi Kognitif 547
F. Terapi Perilaku 554
G. Terapi Lingkungan 561
H. Terapi Electro Convultion Therapy (ECT)..... 568
I. Farmakoterapi 570
J. Perbedaan Diantara Obat Antipsikosis 573
K. Pengaturan Dosis..... 575
L. Lama Pemberian..... 575
M. Pemakaian Khusus 576
N. Peran Perawat dalam Terapi Psikofarmaka 577

Unit 8: Panduan Praktek Keperawatan Jiwa 579
Bab 30 Panduan Praktik Keperawatan Jiwa 581
A. Latar Belakang 581
B. Tujuan 582
C. Kompetensi..... 582
D. Metode Belajar..... 583
E. Tugas Praktikan 583
F. Bimbingan 584
G. Evaluasi..... 585

Daftar Pustaka..... 637

Unit 1

KONSEP DASAR KESEHATAN JIWA

1. Kesehatan Jiwa
2. Stress dan Koping
3. Perkembangan Jiwa Manusia
4. Kesehatan Jiwa Masyarakat

BAB 1

Kesehatan Jiwa

A. Pengertian Sehat Jiwa

Kesehatan jiwa bagi manusia berarti terwujudnya keharmonisan fungsi jiwa dan sanggup menghadapi problem, merasa bahagia dan mampu diri. Orang yang sehat jiwa berarti mempunyai kemampuan menyesuaikan diri dengan diri sendiri, orang lain, masyarakat, dan lingkungan. Manusia terdiri dari bio, psiko, social, dan spiritual yang saling berinteraksi satu dengan yang lain dan saling mempengaruhi.

Sehat (*health*) adalah konsep yang tidak mudah diartikan sekalipun dapat kita rasakan dan diamati keadaannya. Orang 'gemuk' dianggap sehat dan orang yang mempunyai keluhan dianggap tidak sehat. Faktor subjektifitas dan kultural mempengaruhi pemahaman dan pengertian orang terhadap konsep sehat. *World Health Organization* (WHO) merumuskan sehat dalam arti kata yang luas, yaitu keadaan yang sempurna baik fisik, mental maupun social, tidak hanya terbebas dari penyakit atau kelemahan/cacat.

Kesehatan fisik telah lama menjadi perhatian manusia, tetapi jangan dilupakan bahwa manusia adalah mahluk yang *holistic*, terdiri tidak hanya fisik tapi juga mental dan social yang tidak dapat dipisahkan. Hubungan antara kesehatan fisik dengan mental dapat dibuktikan oleh Hall dan Goldberg tahun 1984 (Notosoedirjo, 2005), bahwa pasien yang sakit secara fisik menunjukkan adanya gangguan mental seperti depresi, kecemasan, sindroma otak organic, dan lain-lain. Terdapat tiga kemungkinan hubungan antara sakit secara fisik dan mental, pertama orang yang mengalami sakit mental karena sakit fisiknya. Karena kondisi fisik tidak sehat, sehingga tertekan dan menimbulkan gangguan mental. Kedua, sakit fisik yang diderita itu sebenarnya gejala dari adanya gangguan mental. Ketiga, antara gangguan mental dan fisik

saling menopang, artinya orang menderita secara fisik menimbulkan gangguan secara mental, dan gangguan mental turut memperparah sakit fisiknya.

B. Kriteria Sehat Jiwa

Ada berbagai pendapat tentang jiwa yang sehat, yaitu karena tidak sakit, tidak jatuh sakit akibat stressor, sesuai dengan kapasitasnya dan selaras dengan lingkungan, dan mampu tumbuh berkembang secara positif (Notosoedirjo dan Latipun, 2005).

1. Sehat jiwa karena tidak mengalami gangguan jiwa
   Kalangan klinisi klasik menekankan bahwa orang yang sehat jiwa adalah orang yang tahan terhadap sakit jiwa, dan terbebas dari gangguan jiwa. Orang yang mengalami neurosa atau psikosa dianggap tidak sehat jiwa. Vaillant, 1976 dalam Notosoedirjo, 2005 menyatakan bahwa sehat jiwa itu " *as the presence of successful adjustment or the absence of psychopatology (dysfunction in psychological, emotional, behavioral, and social spheres*)". Pengertian diatas bersifat dikotomis, bahwa orang itu dalam keadaan sehat jika tidak ada sedikitpun gangguan psikis, dan sakit jika ada gangguan. Dengan kata lain, sehat dan sakit itu bersifat nominal.
2. Sehat jiwa jika tidak sakit akibat adanya stressor
   Clausen memberi batasan yang berbeda dengan klinisi klasik. Orang yang sehat jiwa adalah orang yang dapat menahan diri untuk tidak jatuh akibat stressor. Meskipun mengalami tekanan, orang tetap sehat. Pengertian ini menekankan pada kemampuan individual merespon lingkungannya. Setiap orang mempunyai kerentanan (*susceptibility*) yang berbeda terhadap stressor karena factor genetic, proses belajar, dan budaya. Selain itu terdapat perbedaan intensitas stressor yang diterima seseorang, sehingga sangat sulit menilai apakah dia tahan terhadap stressor atau tidak.
3. Sehat jiwa jika sejalan dengan kapasitasnya dan selaras dengan lingkungan
   Michael dan Kirk Patrick memandang bahwa individu yang sehat jiwa jika terbebas dari gejala psikiatris dan berfungsi optimal dalam lingkungan sosialnya. Seseorang yang sehat jiwanya jika sesuai dengan kapsitas diri sendiri, dan dapat hidup selaras dengan lingkungannya.
4. Sehat jiwa karena tumbuh dan berkembang secara positif
   Frank LK mengemukakan pengertian kesehatan jiwa lebih komprehensif. Orang yang sehat jiwa mampu tumbuh, berkembang dan matang dalam hidupnya, menerima tanggungjawab, menemukan penyesuaian dalam berpartisipasi memelihara aturan social dan tindakan dalam budayanya.

Seseorang yang sehat mental menurut WHO mempunyai ciri sebagai berikut:

1. Menyesuaikan diri secara konstruktif pada kenyataan
2. Memperoleh kepuasan dari usahanya
3. Merasa lebih puas memberi daripada menerima

4. Saling tolong menolong dan saling memuaskan
5. Menerima kekecewaan untuk pelajaran yang akan datang
6. Mengarahkan rasa bermusuhan pada penyelesaian yang kreatif dan konstruktif
7. Mempunyai kasih sayang.

Kriteria Sehat Jiwa menurut M. Jahoda:

1. Sikap positif terhadap diri
   Menerima diri apa adanya, sadar diri, obyektif, dan merasa berarti.
2. Tumbuh, kembang dan aktualisasi
   Berfungsi optimal dan adaptif
3. Integrasi
   Keseimbangan antara ekspresi dan represi, ego yang kuat (Stress dan koping) dan mampu menyeimbangkan konflik dan dorongan.
4. Otonomi
   Tergantung dan mandiri seimbang, tanggung jawab terhadap diri sendiri, menghargai otonomi oranglain, persepsi reality, mau berubah sesuai dengan pengetahuan baru, empati dan menghargai sikap dan perasaan oranglain.
5. *Environment Mastery*
   Mampu untuk sukses, adaptif terhadap lingkungan, dan dapat mengatasi kesepian, agresi dan frustasi.

Abraham Maslow mengkriteriakan seseorang yang sehat jiwa memiliki persepsi yang akurat terhadap realitas, serta menerima diri sendiri, oranglain, dan lingkungan. Bersikap spontan, sederhana dan wajar (Rasmun, 2001). Manifestasi jiwa yang sehat menurut Maslow dan Mittlement, 1963; Notosoedirjo, 2005, jika seseorang mampu *self-actualization* sebagai puncak kebutuhan dari teori hierarki kebutuhan. Secara lengkap criteria sehat jiwa menurut Maslow sebagai berikut:

1. *Adequate feeling of security*
   Rasa aman yang memadai dalam hubungannya dengan pekerjaan, social, dan keluarganya.
2. *Adequate self-evaluation*
   Kemampuan menilai diri sendiri yang cukup mencakup harga diri yang memadai, memiliki perasaan berguna, yaitu perasaan yang tidak diganggu rasa bersalah berlebihan, dan mampu mengenal beberapa hal secara social dan personal dapat diterima oleh masyarakat.
3. *Adequate spontanity and emotionality*
   Memiliki spontanitas dan perasaan yang cukup dengan orang lain dengan membentuk ikatan emosional secara kuat, seperti persahabatan dan cinta, kemampuan memberi ekspresi yang cukup pada ketidaksukaan tanpa kehilangan control, kemampuan

memahami dan membagi rasa kepada oranglain, kemampuan menyenangi diri sendiri dan tertawa.

4. *Efficient contact with reality*
   Mempunyai kontak yang efisien dengan realitas yang mencakup tiga aspek yaitu dunia fisik, social, dan internal atau diri sendiri. Hal ini ditandai dengan tiadanya fantasi yang berlebihan, mempunyai pandangan yang realities dan luas terhadap dunia, disertai kemampuan menghadapi kesulitan hidup sehari-hari, dan kemampuan untuk berubah jika situasi eksternal tidak dapat dimodifikasi.
5. *Adequate bodily desire and ability to gratify them*
   Keinginan jasmani yang cukup dan kemampuan untuk memuaskan, yang ditandai dengan sikap yang sehat terhadap fungsi jasmani, kemampuan memperoleh kenikmatan kebahagiaan dari dunia fisik seperti makan, tidur, pulih kembali dari kelelahan. Kehidupan seksual yang wajar tanpa rasa takut dan konflik, kemampuan bekerja, dan tidak adanya kebutuhan yang berlebihan.
6. *Adequate self-knowledge*
   Mempunyai pengetahuan diri yang cukup tentag motif, keinginan, tujuan, ambisi, hambatan, kompensasi, pembelaan, perasaan rendah diri, dan sebagainya. Penilaian diri yang realities terhadap kelebihan dan kekurangan diri.
7. *Integration and concistency of personality*
   Memiliki kepribadian yang utuh dan konsisten seperti cukup baik perkembangan, kepandaian berminat dalam beberapa aktifitas, memiliki moral dan kata hati yang tidak terlalu berbeda dengan kelompok, mampu berkonsentrasi, dan tidak adanya konflik-konflik besar dalam kepribadiannya.
8. *Adequate life goal*
   Memiliki tujuan hidup yang sesuai dan dapat dicapai, mempunyai usaha yang cukup dan tekun mencapai tujuan, serta tujuan itu bersifat baik untuk diri sendiri dan masyarakat.
9. *Ability to learn from experience*
   Kemampuan untuk belajar dari pengalaman yang berkaitan tidak hanya dengan pengetahuan dan ketrampilan saja, tetapi juga elastisitas dan kemauan untuk menerima segala sesuatu yang menyenangkan maupun menyakitkan.
10. *Ability to satisfaction the requirements of the group*
    Kemampuan memuaskan tuntutan dari kelompok dengan cara individu tidak terlalu menyerupai anggota kelompok lain yang dianggap lebih penting, terinformasi dan menerima cara yang berlaku dalam kelompok, berkemauan dan dapat menghambat dorongan yang dilarang oleh kelompok, dapat menunjukkan usaha yang mendasar yang diharapkan oleh kelompok, seperti ambisi, ketepatan, persahabatan, rasa tanggungjawab, kesetiaan dan sebagainya.
11. *Adequate emancipation from the group or culture*
    Mempunyai emansipasi yang memadai dari kelompok atau budaya, seperti menganggap sesuatu itu baik dan yang lain jelek, bergantung dari pandangan kelompok, tidak ada

kebutuhan untuk membujuk, mendorong, atau menyetujui kelompok, dan memiliki toleransi terhadap perbedaan budaya.

Keadaan sehat atau sakit jiwa dapat dinilai dari keefektifan fungsi perilaku, yaitu:

1. Bagaimana prestasi kerja yang ditampilkan, baik prosesnya maupun hasil.
2. Bagaimana hubungan interpersonal di lingkungan individu berada.
3. Bagaimana individu menggunakan waktu senggangnya. Individu yang sehat jiwa dapat menggunakan waktunya untuk hal-hal yang produktif dan positif bagi dirinya dan lingkungannya.

C. Cara Meningkatkan Kesehatan Jiwa

1. Asertif
   Jujur, mengatakan apa adanya tanpa menyinggung perasaan orang lain.
2. Solitude
   Introspeksi diri, merenung untuk berpikir dan mengoreksi diri.
3. Kesehatan fisik umum
   Menjaga kesehatan fisik dengan olahraga, nutrisi yang sehat dan periksa kesehatan rutin.
4. Mekanisme Koping
   Melatih mekanisme koping yang positif (*adaptif/konstruktif*) dan berusaha menghilangkan mekanisme koping yang negative (*maladaptive/destruktif*).

D. Sasaran dalam Kesehatan Jiwa

Masyarakat adalah sasaran utama dalam kesehatan jiwa. Dilihat dari aspek kesehatannya, sasaran kelompok masyarakat diklasifikasikan sebagai berikut:

1. Masyarakat Umum
   Masyarakat sehat dan tidak dalam keadaan resiko sakit. Kelompok ini berada dalam berbagai variasi demografis seperti usia, jenis kelamin, ras, status social dan ekonomi.
2. Masyarakat dalam kelompok Resiko
   Masyarakat yang berada dalam situasi dan lingkungan yang kemungkinan mengalami gangguan relative tinggi. Kelompok ini dapat dibedakan atas lingkungan ekologis, status demografi, dan factor psikologis.
3. Masyarakat yang mengalami Gangguan
   Kelompok masyarakat yang sedang terganggu jiwanya yang berada dalam keluarga, masyarakat, kelompok, dan rumah sakit.
4. Masyarakat yang mengalami kecacatan
   Kelompok yang mengalami hendaya dan kecacatan agar dapat berfungsi optimal dan normal di masyarakat.

E. Ruang Lingkup Kesehatan Jiwa

Kesehatan jiwa mempunyai ruang lingkup memelihara dan promosi kesehatan jiwa individu dan masyarakat, serta prevensi dan perawatan terhadap penyakit dan kerusakan jiwa. Secara garis besar ruang lingkup kesehatan jiwa sebagai berikut:

1. Promosi kesehatan jiwa
   Usaha-usaha untuk meningkatkan kesehatan jiwa. Usaha ini karena kesehatan jiwa bersifat kualitatif dan kontinum yang bias ditingkatkan sampai batas optimal.
2. Prevensi primer
   Usaha kesehatan jiwa untuk mencegah timbulnya gangguan jiwa. Usaha ini sebagai proteksi terhadap kesehatan jiwa agar gangguan dan sakit mental tidak terjadi.
3. Prevensi sekunder
   Usaha kesehatan jiwa menemukan kasus dini (early case detection) dan penyembuhan secara tepat (prompt treatment) gangguan jiwa. Usaha ini dilakukan untuk mengurangi durasi gangguan dan mencegah jangan sampai terjadi cacat pada seseorang sakit jiwa.
4. Prevensi sekunder
   Usaha rehabilitasi yang dapat dilakukan terhadap orang yang mengalami gangguan jiwa. Usaha ini untuk mencegah disabilitas atau ketidakmampuan, jangan sampai mengalami kecacatan yang menetap.

F. Prinsip dalam Kesehatan Jiwa

Prinsip kesehatan jiwa dalam upaya memelihara dan meningkatkan kesehatan jiwa, serta mencegah terjadinya gangguan jiwa meliputi:

1. Prinsip yang didasarkan atas sifat manusia, seperti:
   a. Kesehatan dan penyesuaian jiwa tidak terlepas dari kesehatan fisik dan integritas organisme.
   a. Untuk memelihara kesehatan jiwa dan penyesuaian yang baik, perilaku manusia harus sesuai dengan sifat manusia sebagai pribadi yang yang bermoral, intelektual, religius, emosional dan social.
   b. Kesehatan dan penyesuaian jiwa memerlukan integrasi dan pengendalian diri yang meliputi pemikiran, imajinasi, hasrat, emosi dan perilaku.
   c. Dalam pencapaian pemeliharaan kesehatan dan penyesuaian jiwa, diperlukan perluasan pengetahuan tentang diri sendiri.
   d. Kesehatan jiwa memerlukan konsep diri yang sehat yang meliputi penerimaan diri dan usaha yang realistis terhadap status atau harga dirinya sendiri.
   e. Pemahaman diri dan penerimaan diri harus ditingkatkan untuk mencapai kesehatan dan penyesuaian jiwa.
   f. Stabilitas jiwa dan penyesuaian yang baik memerlukan pengembangan terus menerus dalam diri seseorang mengenai kebijakan moral yang tinggi meliputi

hukum, kebijaksanaan, ketabahan, keteguhan hati, penolakan diri, kerendahan hati, dan moral.

g. Mencapai dan memelihara kesehatan jiwa tergantung pada penanaman dan perkembangan kebiasaan yang baik.
h. Stabilitas dan penyesuaian jiwa menuntut kemampuan adaptasi, kapasitas untuk mengubah situasi dan kepribadian.
i. Kesehatan jiwa memerlukan perjuangan yang continue untuk kematangan dalam pemikiran, keputusan, emosionalitas, dan periaku.
j. Kesehatan jiwa memerlukan belajar mengatasi secara efektif dan sehat terhadap konflik mental dan kegagalan serta ketegangan yang dihadapi.

2. Prinsip yang didasarkan atas hubungan manusia dengan lingkungannya, seperti:
   b. Kesehatan dan penyesuaian jiwa tergantung pada hubungan interpersonal yang sehat, khususnya kehidupan dalam keluarga.
   c. Penyesuaian yang baik dan kedamaian pikiran tergantung pada kecukupan dan kepuasan kerja.
   d. Kesehatan dan penyesuaian jiwa memerlukan sikap yang realistic yaitu menerima realitas tanpa distorsi dan objektif.
3. Prinsip yang didasarkan atas hubungan manusia dengan Tuhan, seperti:
   a. Stabilitas jiwa memerlukan pengembangan kesadaran realitas terbesar dari dirinya yang menjadi tempat bergantung pada setiap tindakan yang fundamental.
   b. Kesehatan jiwa dan ketenangan hati memerlukan hubungan yang konstan antara manusia dan Tuhannya.

BAB 2

Stress dan Koping

A. Stress

Modernisasi dan akibat kemajuan teknologi membawa perubahan gaya hidup masyarakat modern dan perubahan dalam cara berpikir. Perubahan tersebut akan membawa konsekuensi dibidang kesehatan jiwa karena tidak semua orang mampu menyesuaikan diri dengan perubahan tersebut, akibatnya akan menimbulkan ketegangan. Kehidupan modern seringkali sebagai sumber berbagai macam gangguan stress.

Stress diakibatkan adanya perubahan nilai budaya, pekerjaan, system kemasyarakatan, serta ketegangan antara realita dan idealisme. Menurut Hans Selye stress merupakan reaksi tubuh yg tidak khas terhadap tuntutan kebutuhan tubuh. Stress merupakan realita kehidupan setiap hari yang tidak perlu dihindari yang disebabkan perubahan yang memerlukan penyesuaian.

Individu dalam rentang kehidupan tidak akan pernah terlepas dari berbagai permasalahan yang dihadapi. Masalah akan datang silih berganti, ada yang langsung terselesaikan kadang ada juga yang tertunda atau bahkan tidak terselesaikan. Pada individu yang sakit permasalahan yang dihadapi akan semakin banyak khususnya yang berkaiatan dengan penyakitnya, biaya pengobatannya, perpisahan dengan orang yang dicintainya atau keluarganya dan boleh dikatakan tidak produktif. Apalagi bila individu yang sakit berstatus sebagai klien di rumah sakit, sumber stress klien bertambah oleh sikap atau pendekatan tim kesehatan khususnya perawat, proses dan hasil pengobatan.

Stress adalah reaksi individu terhadap situasi yang menimbulkan tekanan/ancaman, reaksi non spesifik dari tubuh terhadap tuntutan kebutuhan, dan adanya stressor yang menganggu keseimbangan dan menganggu kehidupan sehari-hari. Ketegangan/stress

diperlukan sebagai alarm tubuh. Ketegangan tidak perlu dihindari, bahkan ada orang yang ketagihan ketegangan karena jika berhasil akan merasa puas. Contoh: Pendaki gunung, eksekutif, olahragawan, politisi.

Stress adalah tanggapan atau reaksi tubuh terhadap berbagai tuntutan atau beban yang bersifat non spesifik, yang mengharuskan seorang individu untuk berespons atau melakukan tindakan (Potter & Perry, 2005). Baum, Gatchel, and Krantz (1997) mendefinisikan stress sebagai suatu proses yang terjadi karena keadaan yang mengancam atau menantang yang menyebabkan individu berespon terhadap tantangan tersebut. Secara mendasar stress mengandung dua faktor, yaitu tekanan (*pressure*) yang dirasakan manusia mempunyai implikasi *aversive* (perubahan emosi), dan implikasi proses yang merupakan kegiatan transaksi antara individu dan lingkungan sebagai upaya menanggapi stimulasi dengan penyesuaian diri.

Lazarus dan Folkman (1985), menyatakan bahwa stress adalah sebuah bagian hubungan antara individu dan lingkungan yang dinilai oleh individu tersebut sebagai hal yang membebani atau sangat melampaui kemampuan seseorang dan membahayakan kesejahteraannya. Hans Selye (1950), Glanz (2008), menyatakan bahwa stress adalah respon tubuh yang bersifat non spesfik terhadap setiap tuntutan, yang terangkum dalam tiga tahap Sindrom Adaptasi Umum yang terdiri dari reaksi alarm, ketahanan, dan kelelahan.

Konseptualisasi stress menurut Smet (1994); Baum, Gatchel, Glanz (2008), sebagai suatu stimulus dan respon. (1) Stress sebagai suatu stimulus, menitikberatkan lingkungan sebagai sumber stress, dan dianggap stimulus yang diterima oleh individu. Pengalaman individual berbeda sesuai dengan toleransi dan harapan seseorang. (2) Stress sebagai suatu respon, yang memfokuskan pada reaksi seseorang terhadap stressor dan stress dianggap sebagai respon fisiologis dan psikologis terhadap suatu tantangan.

Berdasarkan efeknya, stress dibedakan menjadi dua, yaitu (1) *Eustress* atau hasil dari respon terhadap stress yang bersifat sehat, positif, dan konstruktif (bersifat membangun). Hal tersebut termasuk kesejahteraan individu dan juga organisasi yang diasosiasikan dengan pertumbuhan, fleksibilitas, kemampuan adaptasi, dan tingkat *performance* yang tinggi. (2) *Distress* yaitu hasil dari respon terhadap stress yang bersifat tidak sehat, negatif, dan destruktif (bersifat merusak). Hal tersebut termasuk konsekuensi individu dan juga organisasi seperti penyakit kardiovaskuler dan tingkat ketidakhadiran yang tinggi, yang diasosiasikan dengan keadaan sakit, penurunan dan kematian (Hawari, 1999).

Stress tidak hanya disebabkan oleh adanya kebutuhan dari luar yang menuntut penyesuaian diri, tetapi juga disebabkan dari dalam diri sendiri, seperti harapan, ketakutan, perkiraan, dan kepercayaan terhadap sesuatu. Sesuatu yang dianggap oleh seseorang sebagai kondisi stress, mungkin bagi orang lain tidak, bahkan sebagai sesuatu tantangan yang menyenangkan.Suatu kondisi dikatakan sebagai stress tergantung pada persepsi terhadap situasi tersebut.

Berdasarkan berbagai definisi stress diatas, dapat disimpulkan bahwa stress adalah suatu keadaan yang tidak menyenangkan, yang dipersepsikan sebagai suatu ancaman atau tantangan yang perlu penyelesaian, yang dapat menimbulkan akibat yang kurang menyenangkan, agar individu dapat menyesuaikan dengan tuntutan tersebut.

Proses terjadinya gangguan kesehatan jiwa yang menggambarkan hubungan factor predisposisi (factor resiko), stressor precipitasi (factor pencetus), penilaian pertama terhadap stressor, penilaian kedua terhadap sumber (penggalian koping), serta koping terhadap keadaan sehat dan sakit.

1. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi disebut juga factor penyebab adalah factor-faktor risiko yang mempengaruhi kemampuan sumber-sumber dalam mengatasi stress. Faktor risiko ini sudah dimiliki individu sejak dalam kandungan atau dalam masa perkembangan.

Faktor risiko ini mencakup biologic, psikologik dan sosiobudaya. Contoh dari factor risiko ini adalah kelainan genetic, Intelegensi, kepribadian, pola asuh, usia, gender, suku bangsa.

1. Biologis
   a. Latar belakang Genetika
      Penelusuran genetika yang menyebabkan terjadinya gangguan jiwa masih terus dilakukan penelitian. Ada tiga jenis kajian latar belakang genetika penyebab gangguan jiwa yaitu kajian adopsi, yang membandingkan sifat antar anggota keluarga biologis dengan anggota keluarga adopsi, sedangkan kembar monozigotik jarang berbeda dari orangtua adoptif. Kajian kembar, yang membandingkan kembar identik (monozigot) dengan kembar dizigot. Kembar disebut sebagai *concordant* jika kedua anggota mengalami gangguan yang sama. *Concordant* pada kembar monozigot lebih kuat daripada kembar dizigot. Gangguan psikiatri yang mempunyai kemungkinan adanya jalinan genetika seperti alkoholisme, skizofrenia, depresi mayor, gangguan bipolar, gangguan somatis, dan gangguan personal antisocial (Kendler dan Silverman, 1991; Townsend, 1996). Kajian keluarga, yang membandingkan apakah suatu sifat lebih banyak kesamaan antara keluarga tingkat pertama, seperti orangtua, saudara kandung, daripada anggota keluarga jauh.
   b. Status Gizi
      Pertumbuhan dan perkembangan awal jaringan otak yang tidak sempurna pada masa janin, bayi dan anak-anak akibat dari kebutuhan gizi otak yang tidak terpenuhi.
   c. Sensifitas biologi
      Respon biologi terhadap stress bergantung dari individu dan besarnya rangsang stress terhadap kehidupan. Respon yang terjadi dengan peningkatan pelepasan glukokortikoid dari korteks adrenal yang diikuti stimulasi dari aksis hipotalamus hipofisis adrenal selama situasi stress berlangsung. Hasilnya adalah penekanan perkembangbiakan dan fungsi dari limfosit. Sistem saraf pusat (SSP) mempunyai hubungan dengan tulang belakang dan timus karena system sel kekebalan berproduksi dalam limpa dan kelenjar limpa yang akhirnya disimpan. Pada waktu

testosteron menghambat fungsi kekebalan, hormone pertumbuhan dapat berespon terhadap stressor dengan cara meningkatkan fungsi kekebalan tersebut.

Peningkatan produksi epinefrin dan norepinefrin untuk menanggulangi stress dapat menurunkan imunitas. Serotonin dapat meningkatkan dan menghambat efek imunitas. Adanya korelasi antara penemuan fungsi limfosit pada periode sedih/ duka, kehilangan dan depresi. Beberapa penelitian menunjukkan adanya hubungan antara skizofrenia dengan system imunitas abnormal, respon autoimun, infeksi virus dan imunogenetika (Kaplan, Sadock, and Grebb, 1994).

2. Psikologis
   a. Inteligensia
      Kemampuan individu dalam menyelesaikan konflik dan penyesuaian diri dengan lingkungan dipengaruhi daya pikir, daya tangkap, kemampuan bahasa, dan kemampuan analisis masalah.
   b. Kepribadian
      Karakteristik seseorang sejak lahir dan masa pertumbuhan, seperti temperamen, sifat (*trait*),dan kebiasaan (*habit*) mempengaruhi individu dalam menghadapi suatu konflik.
   c. Pengalaman masa lalu
      Kejadian-kejadian yang menghasilkan suatu pola pembelajaran yang dapat mempengaruhi respon penyesuaian seseorang. Peristiwa yang menyenangkan atau menyakitkan di masa lalu sangat mempengaruhi kesehatan jiwa individu. Dalam masa perkembangan, proses menyelesaikan konflik dalam memenuhi tugas perkembangan berpengaruh terhadap tahap perkembangan berikutnya.
   d. Motivasi
      Kemauan dan dorongan dari dalam individu mempengaruhi kemampuan individu dalam menghadapi tantangan dan dinamika hidup.

Faktor-faktor lain yang mempengaruhi sehat dan sakit jiwa, seperti social cultural, usia, jenis kelamin, pendidikan, penghasilan, pekerjaan, kedudukan sosial, dan latar belakang budaya.

2. Faktor Precipitasi

Faktor precipitasi adalah rangsangan, stimulus, dan factor yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman atau tuntutan yang memerlukan energi ekstra untuk pemecahan masalah.

Penyebab stress disebut dengan stressor. Stressor adalah segala sesuatu yang menyebabkan kondisi stress. Glanz (2008), mengidentifikasi kategori stressor sebagai: (1) *Cataclysmic event*, semua peristiwa yang terjadi pada seseorang secara bersamaan, yang tidak diprediksi dan mempunyai pengaruh yang sangat kuat dan memerlukan usaha dalam menaggulanginya.

(2) Stressor personal, semua peristiwa-peristiwa yang bersifat individual yang mempunyai pengaruh terhadap seseorang, seperti gagal dalam ujian, bercerai, dan PHK. (3) Background stressor, yang berupa pertengkaran dalam kehidupan sehari-hari, masalah kecil yang terus menerus menganggu dan menyusahkan seseorang. (4) Stressor kronik, seperti ketidakpuasan terhadap pekerjaan, yang berlangsung relatif lama. Skala yang sering digunakan untuk mengukur stressor adalah *The Social Readjustment Rating Scale* (SRRS), yaitu skala yang berisi 43 kejadian-kejadian hidup penyebab stress.

Holmes dan Rahe (1967), Hawari (1999), mengemukakan bahwa stress pada masa pensiun lanjut usia menempati rating ke-10 dai 43 kejadian hidup yang menyebabkan stress berdasarkan sosial *Readjusment Rating Scale* (SRRS), oleh karena hilangnya status pekerjaan dan status sosial, adanya tanggungan keluarga yang masih membutuhkan dukungan finansial, dan perubahan yang mengikuti masa lanjut usia. Penyebab stress pada lanjut usia berbeda dengan remaja atau dewasa. Masalah yang sering menyebabkan stress pada lanjut usia adalah *post power syndrome*, perasaan kecewa karena tidak lagi dihormati seperti dulu, kurang diperhatikan oleh anak dan cucunya, merasa kesepian dan kesendirian. Pada masa pensiun, lanjut usia kehilangan kesibukan dan jabatan. Bertepatan dengan itu anak-anak sudah menikah dan meninggalkan rumah, sedangkan badan mulai lemah dan tidak memungkinkan bepergian, sehingga seringkali menimbulkan stress tersendiri (Nugroho, 2002).

3. Penilaian Primer Stressor

Suatu evaluasi tingkat kemaknaan stressor bagi seseorang dimana stressor mempunyai arti, intensitas dan kepentingannya. Pengalaman Stress dapat berasal dari tiga sumber:

1. Lingkungan
   Lingkungan mengirim stimulus secara terus menerus selama manusia masih hidup yang memerlukan penyesuaian. Misal penyesuaian pada cuaca, hubungan interpersonal, tuntutan penampilan, peraturan, sikap dll.
2. Kondisi fisiologis tubuh
   Pertumbuhan cepat pada remaja, menopause pada wanita, proses menua, penyakit, kecelakaan, nutrisi buruk semuanya membuat tubuh mengalami stress.
3. Pikiran
   Otak mengartikan dan menterjemahkan perubahan yang komplek pada lingkungan dan tubuh, kemudian menetapkan respon. Cara mengartikan dan mempersepsikan pengalaman saat ini dan memprakirakan apa yang terjadi pada masa yang akan dating dapat menimbulkan rasa aman dan stress.

Stressor biologis dan psikologis merupakan faktor intrinsik bagi stress. Sedangkan stressor sosial merupakan faktor ekstrinsik. Stressor dapat juga berasal dari lingkungan, diri (kondisi fisiologis) dan pikiran. Stress sebagai suatu hubungan antara seseorang dan lingkungannya yang dianggap melampaui kemampuan dirinya dan mengancam kesejahteraannya, yang bergantung pada penilaian kognitif individu (*cognitive appraisal*).

Persepsi seseorang terhadap peristiwa yang menimbulkan stress menurut Lazarus dan Folkman, 1984; Suliswati, 2005 mengidentifikasi tiga bentuk penilaian primer: tidak relevan (menyimpang), penerimaan secara positif, dan menilai sebagai hal yang menimbulkan stress. Menurut Lazarus, 1988, jika individu dihadapkan pada suatu kondisi, maka yang pertama ditanyakan apa yang terjadi (kondisi), mengapa terjadi (penyebab), kemudian menetapkan makna situasi bagi dirinya dan mengidentifikasi sumber kekuatan yang dimilikinya.

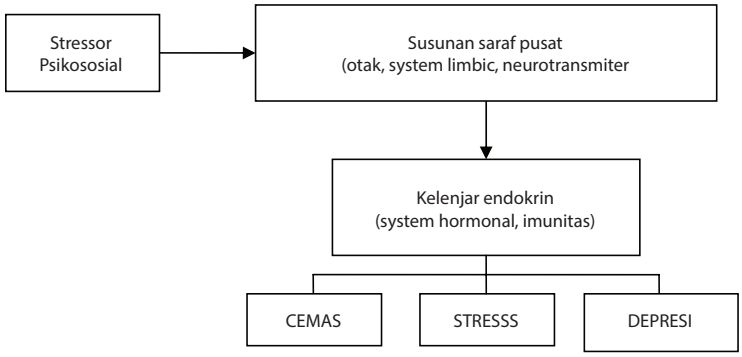
Respon individu terhadap stressor vang sama tidak sama, tergantung dari beberapa factor menurut Kozier, 1983:

1. Sifat/makna Stressor:
   apa arti stressor bagi klien? Apakah tempat tidur kotor menyebabkan klien tidak dapat tidur? Apakah diet meyebabkan klien mual muntah?
   Stressor yang sama dapat memberikan arti yang berbeda.
2. Jumlah stressor pada saat yang bersamaan
   Dengan berpedoman pada sumber – sumber stressor pada klien, perawat dapat mengidentifikasi jumlah stressor klien. Klien yang sedang dirawat sangat mudah tersinggung oleh hal – hal kecil atau sepele.
3. Lingkup stressor
   Apakah lingkup stressor terbatas, luas, atau hanya sempit.
4. Kuatnya stressor
   Semakin kuat stressor, respon yang dihasilkan semakin besar.
5. Lama Pemajaman terhadap Stressor
   Jika klien terpapar stressor lebih lama akan menurunkan kemampuan klien mengatasi masalah, karena klien telah kelelahan.
6. Pengalaman masa lalu
   Penglaman masa lalu sangat menentukan klien dalam menghadapi stressor yang sama.
7. Tingkat Perkembangan
   Setiap tingkat perkembangan terdapat stressor yang berbeda sehingga risiko terjadi stress juga berbeda.. Misal masa remaja merasa kurang mendapatkan kebebasan, pada masa dewasa dini ingin selelu memenuhi rasa kekebasannya.
8. Personality
9. Keturunan
10. Nilai budaya

    Kajian tentang stress melibatkan tiga konsep tentang stress, yaitu stress sebagai respon biologis, stress sebagai kejadian lingkungan, dan stress sebagai transaksi antara individu dan lingkungan.

    1. Stress sebagai Respon Biologis
       Pada tahun 1956 Hans Selye mempublikasikan hasil penelitian mengenai resopn fisiologis dalam suatu sistem biologi terhadap perubahan yang tidak diinginkan. Stress adalah keadaan yang dimanifestasikan oleh sindrom khusus yang terdiri dari semua perubahan yang penyebabnya tidak spesifik dalam sistem biologi.

Sindrom ini dikenal sebagai "*fight or flight syndrome*". Selye merumuskan stress sebagai *general adaptation syndrome* (GAS) atau sindrom penyesuaian umum. Reaksi umum tubuh terhadap stress dalam tiga tahap yaitu reaksi waspada, reaksi melawan, dan reaksi kelelahan. Proses terjadinya stress secara fisiologis:



Gambar
Proses terjadinya stress secara fisiologis (Hawari, 2002)

2. Stress sebagai suatu kejadian lingkungan
   Stress sebagai sesuatu atau peristiwa yang memicu respon fisiologis dan psikologis yang adaptif pada individu dan menimbulkan perubahan dalam pola hidup yang memerlukan penyesuaian diri, dan menguras kemampuan seseorang.

   Holmes dan Rahe, 1967; Suliswati, 2005 mencari pengaruh perubahan hidup dengan suatu keadaan sakit dengan skala penilaian penyesuaian sosial (*social readjustment rating*). Nilai yang terlihat menunjukkan berbagai peristiwa atau perubahan pada kehidupan manusia. Semakin tinggi nilai pada skala penyesuaian sosial menunjukkan semakin rentan individu terkena penyakit fisik atau psikologis. Kelemahan dari skala ini adalah tidak mempertimbangkan persepsi individu terhadap peristiwa yang berbeda-beda. Variasi ini dihubungkan dengan derajat ketika perubahan tersebut dirasa menimbulkan stress. Skala ini juga tidak mempertimbangkan sistem pendukung yang ada dan mekanisme penanggulangan yang positif.

Tabel
Skala penilaian penyesuaian sosial Holmes

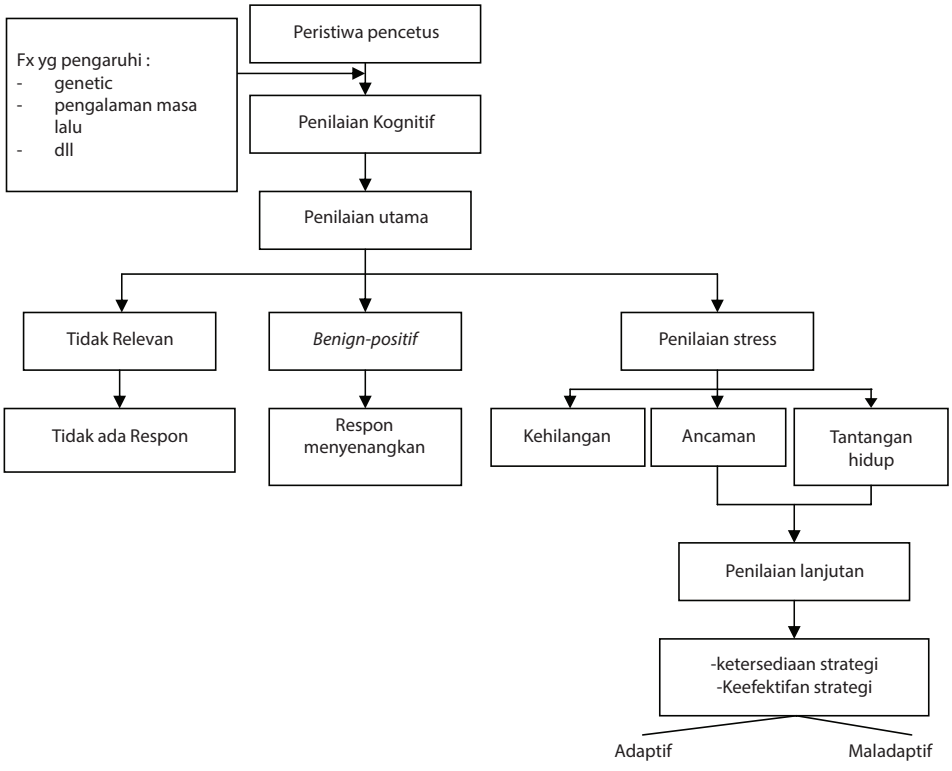
No.	Peristiwa yang Terjadi dalam Hidup	Nilai Rata-Rata
1.	Kematian pasangan (suami/istri)	100
2.	Perceraian	73
3.	Perpisahan dalam rumah tangga	65

No.	Peristiwa yang Terjadi dalam Hidup	Nilai Rata-Rata
4.	Dalam masa hukuman penjara	63
5.	Kematian anggota keluarga	63
6.	Sakit atau luka pada seseorang	53
7.	Pernikahan	50
8.	Dipecat dari pekerjaan	47
9	Rujuk kembali dengan pasangan perkawinan	45
10.	Pensiun dari pekerjaan	45
11	Perubahan dalam kesehatan anggota keluarga	44
12	Kehamilan	40
13	Kesulitan seks	39
14	Penambahan anggota keluarga	39
15	Penyesuaian kembali bisnis	39
16	Perubahan dalam keadaan keuangan	38
17	Kematian teman dekat	37
18	Perubahan jalur kerja ke jalur yang lain	36
19	Percekcokan dalam keluarga	35
20	Pinjaman uang lebih dari 1 juta	31
21	Penyitaan akibat hutang atau pinjaman	30
22	Perubahan dalam tanggung jawab kerja	29
23	Anak lari dari rumah	29
24	Masalah dengan ipar	29
25	Prestasi yang membanggakan	28
26	Salah satu pasangan berhenti bekerja	26
27	Memulai atau tamat dari sekolah	26
28	Perubahan kondisi mata pencaharian	25
29	Perbaikan dalam kebiasaan seseorang	24
30	Masalah dengan atasan	23
31	Perubahan jam/kondisi kerja	20
32	Pindah rumah	20
33	Pindah sekolah	19
34	Perubahan kebiasaan rekreasi	19
35	Perubahan kegiatan keagamaan	18
36	Perubahan dalam kegiatan sosial	17
37	Pinjaman kurang dari 1 juta	16
38	Perubahan dalam kebiasaan tidur	15
39	Perubahan jumlah dalam pertemuan keluarga	15
40	Perubahan dalam kebiasaan makan	13

No.	Peristiwa yang Terjadi dalam Hidup	Nilai Rata-Rata
41	Liburan	12
42	Didalam masa Natal	11
43	Pelanggaran hukum oleh anak praremaja	10

Interpretasi nilai:
0 - < 150 = Tidak ada kemungkinan stress
150-199 = Tingkat krisis hidup ringan (kemungkinan 35% terkena penyakit)
200-299 = Tingkat krisis hidup sedang (kemungkinan 50% terkena penyakit)
300 atau lebih= Tingkat krisis hidup berat (kemungkinan 80% terkena penyakit)

3. Stress sebagai transaksi antara individu dan lingkungan
   Menekankan stress pada hubungan antara individu dan lingkungan. Karakteristik pribadi sama alaminya dengan peristiwa lingkungan. Stress sebagai proses yang meliputi stressor dan strain. Interaksi antara individu dengan lingkungan disebut dengan hubungan transaksional. Stress bukan hanya stimulus atau respon saja, tetapi juga proses ketika seseorang menjadi perantara (agen) yang aktif mempengaruhi stressor melalui strategi perilaku, kognitif, dan emosional. Individu memberikan respon berbeda pada stressor yang sama, dan terlihat perbedaan dalam mengartikan stress sebagai sesuatu yang kompleks dan dinamis.



4. Penilaian Sekunder terhadap Sumber Koping

Jika stressor bermakna bagi individu, akan berupaya mencari sumber-sumber yang dimiliki dan strategi untuk mengatasi masalah. Sumber-sumber koping yang dapat digunakan untuk mengatasi masalah:

1. Kemampuan ekonomi
2. Skill yang dimiliki
3. Mekanisme pertahanan ego yang biasa digunakan
4. Dorongan/support keluarga, teman dan masyarakat
5. Daya pendorong/motivasi

B. Koping

Koping adalah upaya individu berupa pikiran dan tindakan dalam mengatasi situasi yang dirasakan menekan, menantang, atau mengancam. Koping merupakan strategi penyesuaian diri dalam mengatasi ancaman untuk keseimbangan diri yang merupakan suatu proses. Koping adalah aktifitas kognisi dalam bentuk penilaian kognisi terhadap kejadian dan reaksi, kemudian menetapkan respon-respon yang didasarkan pada proses penilaian tersebut (Kozier, 2004).

Folkman dan Lazarus (1985), mendefinisikan koping sebagai usaha kognitif dan perilaku secara konstan dalam upaya mengatasi tuntutan internal dan atau eksternal khusus yang melelahkan atau melebihi sumber individu. Koping berorientasi pada proses, yang berarti bahwa koping berfokus pada apa yang sebenarnya dipikirkan dan dilakukan seseorang dalam situasi stress, dan berubah seiring berkembangnya situasi stress. Koping juga dapat digambarkan sebagai perubahan kognitif dan perlaku secara konsisten dalam upaya mengatasi tuntutan internal dan eksternal berhubungan dengan masalah dan situasi, atau menghadapinya. Stuart dan Sundeen (1998), menyatakan bahwa koping merupakan usaha yang dilakukan terhadap masalah, sehingga menghasilkan keringanan, penghargaan dan keseimbangan. Koping merupakan cara menangani perasaan tidak nyaman seperti kecemasan, takut, sedih dan perasaan bersalah karena berkaitan dengan situasi yang menimbulkan ancaman bagi individu.

Jadi dapat disimpulkan bahwa koping adalah proses yang dilalui oleh individu dalam menyelesaikan situasi yang mengancam dirinya baik fisik maupun psikologik. Respon koping sangat berbeda antar individu dan sering berhubungan dengan persepsi individu dari kejadian yang penuh stres. Usaha koping sangat bervariasi dan pada dasarnya tidak selalu mengarah pada solusi suatu masalah.

Lazarus dan Folkman (1985), mengemukakan bahwa proses strategi koping ada dua, yaitu (1) *Problem focused coping*, yaitu usaha untuk melakukan sesuatu yang berguna dengan tindakan langsung dan konstruktif, stress dipandang sebagai suatu masalah yang harus

diselesaikan dengan strategi problem solving untuk menurunkan atau menghilangkan sumber stress. (2) *Emotional focused coping*, menekankan pada konsekuensi emosional dari kejadian yang menimbulkan stress, meskipun cara ini belum tentu dapat menyelesaikan masalah yang dihadapi. Pada dasarnya strategi ini mengacu pada perubahan dalam persepsi individu tentang situasi yang menimbulkan stress.

Strategi koping dikelompokan menjadi delapan menurut Folkman dan Lazarus (1985), Kozier (2004), Glanz (2008):

1. Confrontative coping
   Individu berpegang teguh pada pendiriannya dan memperjuangkan apa yang diinginkannya, menggambarkan usaha-usaha agresif untuk mengubah situasi, dan mengambil resiko dalam situasi stress.
2. Planful problem solving
   Usaha memikirkan rencana tindakan untuk memecahkan situasi, dan usaha *problem solving* yang sengaja untuk mengubah situasi.
3. Seeking social support
   Usaha individu mencari kenyamanan dan nasehat dari orang lain untuk mengatasi masalah melalui informasi seperti berbicara pada seseorang untuk mengetahui lebih banyak tentang situasi, dukungan nyata dan emosional untuk menerima simpati dan pengertian dari orang lain.
4. Self control
   Usaha individu untuk menabahkan hati dan tidak membiarkan perasaan terlihat dengan usaha mengontrol perasaan dan tindakannya.
5. Distancing
   Usaha individu untuk melepaskan diri dengan menciptakan pandangan positif dan menenggelamkan diri dalam kegiatan dan aktifitas untuk melepaskan pikiran dari permasalahan yang dihadapi.
6. Positive reappraisal
   Usaha individu untuk menciptakan arti positif dengan memfokuskan pada pertumbuhan pribadi dengan mengubah pemikiran diri secara positif dan mengandung nilai religious.
7. Accepting responbility
   Individu mengakui bahwa diri sendiri yang mengakibatkan masalah dan mencoba belajar dari pengalaman. Bentuk koping ini menekankan aspek pengenalan peran diri dalam suatu masalah dengan melakukan hal yang benar.
8. Escape avoidance
   Individu berharap situasi akan berlalu dan bagaimanapun akan berakhir dengan menunjukan usaha tingkah laku untuk melarikan diri dari masalah atau menghindar secara nyata dari situasi stress melalui obat-obatan, minuman keras, merokok, atau makan berlebihan.

Faktor yang mempengaruhi pemilihan strategi koping stress individu yaitu:

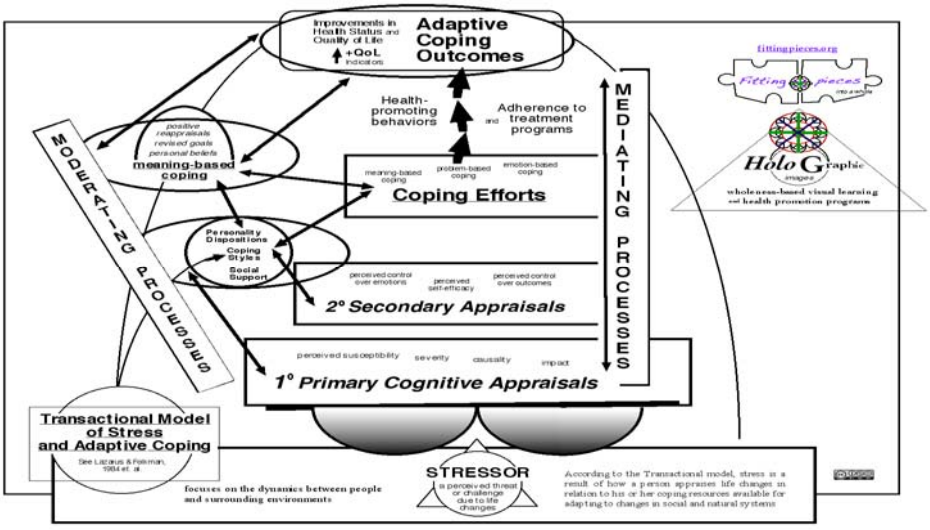
1) Kesehatan fisik
   Kesehatan merupakan hal yang penting, karena dalam usaha mengatasi stres individu dituntut untuk dapat mengerahkan tenaga yang cukup besar.
2) Keyakinan atau pandangan positif
   Keyakinan menjadi sumber daya psikologis yang sangat penting, seperti keyakinan akan nasib (*eksternal focusof control*) yang mengarahkan individu pada penilaian ketidakberdayaan (*helplessness*) yang akan menurunkan kemampuan strategi koping tipe *problem-solving focused coping*.
3) Keterampilan memecahkan masalah
   Keterampilan ini meliputi kemampuan untuk mencari informasi, menganalisa situasi, mengidentifikasi masalah dengan tujuan untuk menghasilkan alternatif tindakan, kemudian mempertimbangkan alternatif tersebut sehubungan dengan hasil yang ingin dicapai dan pada akhirnya melaksanakan rencana dengan melakukan suatu tindakan yang tepat.
4) Keterampilan sosial
   Kemampuan untuk berkomunikasi dan bertingkah laku dengan cara-cara yang sesuai dengan nilai-nilai sosial yang berlaku di masyarakat mampu mempenagruhi pemilihan koping individu.
5) Dukungan sosial
   Meliputi pemenuhan kebutuhan informasi dan emosional yang diberikan orang tua, anggota keluarga lain, teman dan lingkungan masyarakat .
6) Kemampuan ekonomi
   Meliputi sumber daya berupa uang, barang atau layanan yang dapat dibeli. Penelitian Jennifer (2008) menemukan bahwa status social ekonomi yang rendah akan menampilkan koping yang kurang aktif, kurang realistis dan menolak.
7) Jenis kelamin
   Menurut Penelitian Jennifer (2008), ditemukan bahwa laki-laki maupun wanita menggunakan kedua bentuk koping yaitu *problem-solving focused coping* dan e*motion-focused coping* secara bersama-sama, namun wanita lebih cenderung berorientasi pada emosi, sedangkan laki-laki berorientasi pada mengatasi masalah.

Sumber koping dalam memilih untuk menetapkan apa yang dapat dilakukan menurut Lazarus dan Folkman (1985) ada lima sumber koping yang dapat membantu individu beradaptasi dengan stresor yaitu ekonomi, keterampilan, teknik pertahanan, dukungan sosial dan motivasi. Kemampuan menyelesaikan masalah termasuk kemampuan untuk mencari informasi, identifikasi masalah, mempertimbangkan alternatif dan melaksanakan rencana. *Social skill* memudahkan penyelesaian masalah ternasuk orang lain, meningkatkan kemungkinan memperoleh kerjasama dan dukungan dari orang lain. Aset materi mengacu kepada keuangan, pada kenyataanya sumber keuangan meingkatkan pilihan koping sesorang

dalam banyak situasi stres. Pengetahuan dan intelegensia adalah sumber koping yang lainnya yang memberikan individu untuk melihat cara lain untuk mengatasi stres.

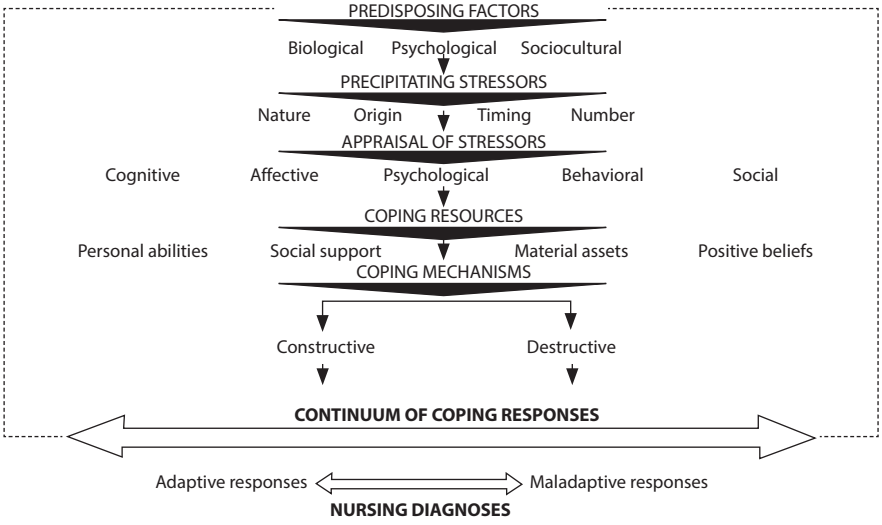
Konseptualisasi stress, coping dan adaptasi dalam kesehatan pertama kali diperkenalkan oleh Hans Selye, bapak penelitian stress modern, yang berhipotesis bahwa semua makhluk hidup mengalami perubahan non spesifik dalam menanggapi stress, yang terangkum dalam tiga tahap sindrom adaptasi umum (GAS). Sindrom ini terdiri dari reaksi alarm, ketahanan, dan kelelahan (Selye, 1956, dalam Glanz, 2008). Dimulai pada tahun 1960-an dan 1970-an, stress dianggap sebagai transaksional. Fenomena tergantung pada persepsi makna stimulus (Lazarus;, 1966, Antonovsky, 1979, Glanz, 2008). Konsep utamanya adalah bahwa peristiwa tertentu atau situasi yang dirasakan orang yang berbeda dengan cara yang berbeda. Selain itu, persepsi merupakan penentu utama dari efek pada perilaku dan status kesehatan.

Model *transaksional stress and adaptive coping* adalah suatu kerangka kerja untuk mengevaluasi proses dari koping untuk mengatasi peristiwa stress. Pengalaman stress ditafsirkan sebagai transaksi orang dan lingkungan, di mana dampak dari stressor eksternal, dimediasi oleh penilaian orang terhadap stressor dan sumberdaya psikologis, sosial, dan budaya dimilikinya Lazarus and Folkman, 1985). Ketika dihadapkan dengan stressor, seseorang mengevaluasi potensi ancaman atau bahaya, serta kemampuannya untuk mengubah situasi dan mengelola reaksi emosi negatif. Upaya koping aktual ditujukan untuk pengelolaan masalah atau manajemen koping dan regulasi emosional, menimbulkan hasil dari proses koping (misalnya kesejahteraan psikologis, status fungsional, dan perilaku sehat).
Berikut model transaksional stress dan adaptasi coping:



Gambar 2.1
Transactional model of stress and adaptive coping (Lazarus and Folkman, 1985)

Model *transaksional stress and adaptive coping* dikembangkan oleh Stuart and Sundeen (1998) dalam teorinya tentang stress dan adaptasi, yaitu membahas hubungan antara factor predisposisi (factor penyebab), stressor precipitasi (factor pencetus), penilaian pertama terhadap stressor, penilaian kedua terhadap sumber (penggalian koping), serta mekanisme penyesuaian terhadap keadaan sehat dan sakit.



Gambar 2.2
Model Stress dan Adaptasi (Stuart, 1998)

Faktor predisposisi adalah merupakan factor penyebab atau faktor risiko yang mempengaruhi kemampuan sumber-sumber dalam mengatasi stress.Faktor risiko ini mencakup biologic, psikologik dan sosiobudaya, seperti genetic, Intelegensi, kepribadian, pola asuh, usia, gender, suku bangsa.

Faktor precipitasi adalah factor pencetus timbulnya stressor, menjadi stimulus yang mengancam individu, sehingga memerlukan energy besar dalam menghadapi stressor. Faktor presipitasi ini dapat berupa sifat alamiah stressor, keaslian stressor, waktu terjadinya dan jumlah stressor.

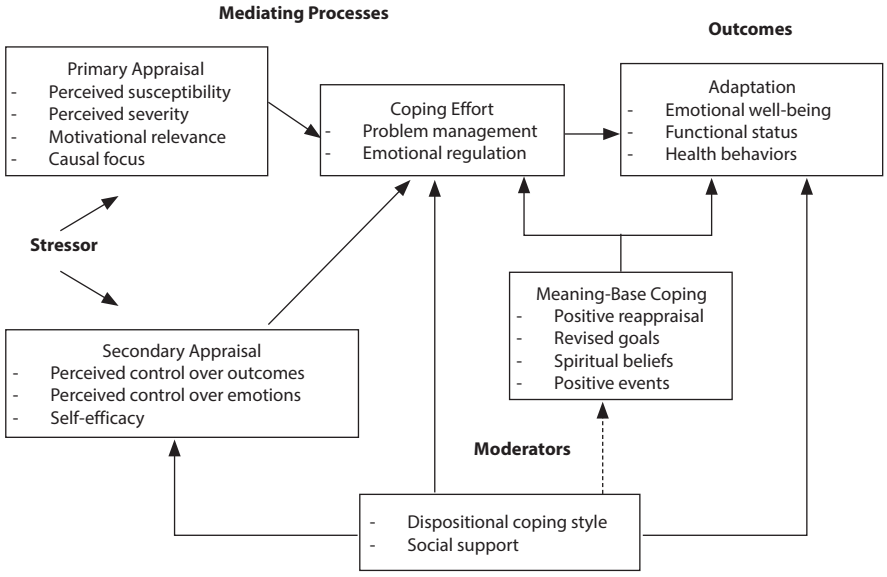
Penilaian primer terhadap stressor adalah Suatu evaluasi tingkat kemaknaan stressor bagi seseorang dimana stressor mempunyai arti, intensitas dan kepentingannya.Penilaian terhadap stressor ini meliputi respon kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan social.

Penilaian sekunder terhadap sumber coping adalah jika stressor bermakna bagi individu, akan berupaya mencari sumber-sumber yang dimiliki dan strategi untuk mengatasi masalah yang ada. Sumber-sumber koping yang dapat digunakan untuk mengatasi masalah kemampuan ekonomi, skill yang dimiliki, mekanisme pertahanan ego yang biasa digunakan, dorongan/support keluarga, teman dan masyarakat, daya pendorong/motivasi dan pengalaman

menghadapi stressor sebelumnya. Sumber koping juga termasuk kekuatan identitas ego, komitmen untuk jaringan sosial, stabilitas kultural, suatu sistem yang stabil dari nilai dan keyakinan, orientasi pencegahan kesehatan dan genetik atau kekuatan konstisusional (Stuart dan Sundeen, 1998).

Mekanisme *coping* adalah setiap upaya yang diarahkan untuk penyelesaian masalah secara langsung maupun dengan pertahanan. Ada 2 macam responmekanisme koping yaitu konstruktif dan destruktif. Mekanisme *coping* dalam teori model stress adaptasi Stuart (1998) ini bersifat kontinum, dinamis, bisa berpindah dari satu kondisi ke kondisi lainnya, dan tidak berhenti pada satu titik, tergantung factor yang mempengaruhinya.

Glanz et al. (2008) mengembangkan model konseptual stress dan adaptasi dengan menekankan bahwa pengalaman stress ditafsirkan sebagai transaksi individu dan lingkungan yang dikenal dengan Model Transaksional Stress dan Coping.



Gambar 2.3
Transactional model of Stress and Coping (Glanz, 2008)

Konseptual model stress dan coping ini menjelaskan suatu hubungan dalam mengatasi peristiwa stress yang dianggap sebagai transaksi antara individu dengan lingkungan, di mana dampak dari stressor dimediasi oleh penilaian orang terhadap stressor dan sumberdaya psikologis, sosial, dan budaya dimilikinya dalam upaya menyelesaikan masalah.

1) *Primary Appraisal*

Primary appraisal atau penilaian pertama terhadap stressor adalah suatu evaluasi tingkat kemaknaan stressor bagi seseorang dimana stressor mempunyai arti, intensitas dan kepentingannya. Dasar penilaian pertama ini adalah persepsi seseorang tentang kerentanan terhadap ancaman penyebab stress, dan persepsi tentang keparahan dari

ancaman tersebut. Apabila suatu peristiwa menjadi tidak relevan atau positif apabila tidak perpengaruh negatif terhadap kesejahteraan kita, begitu juga stressor akan menjadi suatu ancaman apabila dinilai sebagai tekanan. Penilaian pertama lainnya juga melibatkan motivasi yang relevan dan fokus penyebab stressor. Ketika stressor yang dinilai sebagai memiliki dampak yang besar pada tujuan seseorang atau masalah motivasi yang terkait sangat besar, orang tersebut akan mengalami kecemasan dan situasi spesifik distress. Ini terutama berhubungan dengan kesehatan fisik seseorang atau kesejahteraan seseorang (Glanz, 2008).

Menurut Leventhal and Brissette (2004), dalam tahap interpretasi terdapat proses representasi dari ancaman. Proses representasi ini terdiri dari *identity, cause, timeline, consequences,* dan *controllability.* Domain *identity* melibatkan nilai atau kepercayaan seseorang akan ancaman kesehatan atau perjalanan penyakit yang akan dihadapi. Domain *cause* adalah faktor individu atau lingkungan yang menyebabkan seseorang mengalami ancaman kesehatan, sedangkan domain *timeline* adalah waktu saat ancaman itu datang atau lama penyakit itu akan berlangsung. Domain keempat adalah *consequences* mengacu pada beberapa hal yang akan terjadi karena penyakit yang dialami, dan domain *controllability* adalah beberapa hal yang dapat menjadi solusi atau penanganan penyakit yang diderita (Cameron, 2003). Serangkaian representasi kognitif dari suatu stimulus masalah akan memberikan arti dari masalah tersebut, dan menyebabkan seseorang mengembangkan serta mempertimbangkan strategi koping yang sesuai untuk masalah tersebut.

2) *Secondary Appraisal*

Secondary appraisal merupakan ketetapan seseorang dalam mengatasi masalah dengan menggunakan sumber daya dan pilihan. Berbeda dengan penilaian utama yang berfokus pada fitur dari situasi stres, penilaian sekunder kearah apa yang bisa dilakukan tentang situasi. *Secondary appraisal* sebagai penilaian kemampuan untuk mengubah situasi (misalnya pengendalian yang dirasakan terhadap ancaman), kemampuan yang dirasakan untuk mengelola suatu reaksi emosional seseorang terhadap ancaman (misalnya, pengendalian atas perasaan), dan harapan tentang efektivitas sumber daya seseorang dalam mengatasi masalah (misalnya, keyakinan terhadap kemampuan diri).

Keyakinan lanjut usia bahwa ia mampu menyelesaikan permasalahannya dapat meningkatkan perilaku kesehatan. Lazarus dan Folkman (1987), mengemukakan bahwa keyakinan diri (*self efficacy*) adalah faktor yang kuat dalam menengahi respon stress. *Self efficacy* adalah pertimbangan pendapat seseorang mengenai kemampuannya untuk melakukan serangkaian tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan. Peran *self efficacy* sangat besar dalam mempertahankan dan meningkatkan motivasi seseorang, keadaan afektif dan tindakan seseorang berdasarkan tujuan yang ingin dicapai. Bandura (1997), mengemukakan bahwa *self efficacy* merupakan mekanisme pengaktifan seseorang dalam menggabungkan kemampuan *cognitive* dan sosialnya pada saat melaksanakan tugas tertentu. Keyakinan yang kuat akan kemampuan yang dimiliki, menentukan

usaha seseorang dalam mengerjakan tugas-tugasnya. Keyakinan yang kuat tentang efektifitas kemampuan menentukan *coping behavior* seseorang. Dengan alasan ini, bagaimana seseorang berperilaku dapat diprediksi melalui keyakinan yang dipegang dan menentukan ketrampilan yang dimiliki seseorang.

Stuart and Sundeen (1998), mengemukakan jika stressor bermakna bagi individu, maka akan berupaya mencari sumber-sumber dari luar yang dimiliki, seperti kemampuan sosial ekonomi, waktu dan dukungan sosial yang didapat. Dukungan sosial merupakan ketersediaan sumber daya yang memberikan kenyamanan fisik dan psikologis yang didapat lewat pengetahuan bahwa individu tersebut dicintai, diperhatikan, dihargai oleh orang lain dan ia juga merupakan anggota dalam suatu kelompok yang berdasarkan kepentingan bersama. Dukungan tersebut memberi akses positif bagi kondisi emosional individu atau kelompok yang menerima dukungan sosial tersebut.

Salah satu komponen penting dari masa tua yang sukses dan kesehatan mental adalah adanya sistem pendukung yang efektif. Sumber pendukung utama adalah anggota keluarga, seperti pasangan, anak-anak, saudara kandung atau cucu. Namun struktur keluarga akan mengalami perubahan jika ada anggota yang meninggal dunia, pindah ke daerah lain atau menjadi sakit. Oleh karena itu kelompok pendukung lain sangat penting. Beberapa dari kelompok ini adalah tetangga, teman dekat, kolega sebelumnya dari tempat kerja atau organisasi dan anggota lansia di tempat ibadah (Stanley dan Beare, 2006). Keluarga sebagai bagian dari suatu komunitas masyarakat, merupakan lingkaran spesial terdekat dan merupakan sumber utama dari dukungan sosial yang dimiliki lansia. Keluarga merupakan tempat tinggal utama bagi lansia untuk mendapatkan dukungan moral maupun material dan mendapat perawatan sepenuhnya.

Jason and Schulz (1996), dalam penelitiannya menyatakan bahwa dukungan sosial sebagai *indirect effects* di saat krisis, sehingga dapat menurunkan perasaan stres seseorang ataupun mampu menjadikan masalah tersebut menjadi lebih kecil, lebih terkontrol, dan menyelesaikan masalah kecil sebelum menjadi masalah yang lebih besar. Sementara berdasarkan *the buffering effects* atau *interactive effects, dukungan sosial* dapat menghilangkan efek negatif dari stres dengan mempengaruhi pemahaman, kualitas, dan kuantitas dari sumber stres tersebut. Secara lebih spesifik, dukungan sosial yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit, dan di kalangan kaum tua, fungsi kognitif, fisik dan kesehatan emosi meningkat.

3) Upaya mengatasi masalah (*Coping effort)*

Upaya mengatasi masalah menurut model transaksional , efek emosional dan fungsional dari penilaian primer dan penilaian sekunder dimediasi oleh strategi koping aktual (Lazarus dan Folkman,1985). Upaya mengatasi masalah ada dua dimensi: (1) Manajemen masalah, atau *problem-focused coping,* yaitu strategi diarahkan untuk mengubah situasi stress secara aktif mencari penyelesaian masalah untuk menghilangkan kondisi atau situasi yang menimbulkan stress. Ketika stressor dinilai sebagai terkendali dan seseorang memiliki keyakinan yang menguntungkan tentang keberhasilan diri, maka ia akan

cenderung menggunakan strategi ini, seperti koping aktif, perencanaan pemecahan masalah, mencari informasi dan dukungan sosial.

Upaya koping yang kedua adalah regulasi emosional, atau *emosional focused coping* sebagai upaya diarahkan untuk mengubah cara orang berpikir atau merasa tentang situasi stres, yang dilakukan seseorang ketika stressor dianggap sangat mengancam dan tidak terkendali, sehingga seseorang lebih cenderung mnggunakan strategi koping melepaskan diri. Individu melibatkan usaha-usaha untuk mengatur emosinya dalam rangka menyesuaikan diri dengan dampak yang ditimbulkan oleh kondisi yang penuh tekanan. Strategi ini termasuk *self control, distancing, positive reappraisal, accepting responsibility,* dan *escape* (Folkman, et al., 1986).

Setiap Individu pada kondisi stress, ia akan menggunakan berbagai cara untuk mengatasinya dengan upaya yang diarahkan untuk penyelesaian masalah secara langsung maupun dengan pertahanan. Ada 2 macam upaya dalam menyelesaikan masalah (mekanisme koping) yang sering dipergunakan, yaitu:

1. Koping Pemecahan Masalah (*Problem Solving/Task Oriented*)

Individu menggunakan kemampuannya secara realitis untuk penjajagan situasi stress dan kebutuhan-kebutuhan untuk meningkatkan keyakinan diri dan kemampuan menghadapi dan memecahkan masalah.

Penyelesaian masalah berorientasi pada tugas seperti:

a. Kompromi
   Cara konstruktif yang digunakan individu dengan melakukan pendekatan negosiasi atau musyawarah (*win-win solution*)
b. Menarik diri
   Penyelesaian masalah sementara dengan menarik diri secara fisik atau psikologis.Reaksi fisik seperti menghindari sumber stressor, misalnya menjauhi polusi, sumber infeksi, dan lain - lain. Reaksi psikologis individu menunjukkan perilaku apatis, tidak berminat, disertai rasa takut.
c. Perilaku menyerang (*Fight*)
   Reaksi yang ditampilkan individu dalam menghadapi masalah dengan menyerang konstruktif, yaitu tehnik asertif seperti mengatakan terus terang ketidaksukaan terhadap perilaku yang tidak menyenangkan.

Strategi koping (Pemecahan masalah) untuk mengatasi stress yang bisa digunakan seperti berikut:

1. Bicarakan dengan orang lain yg dapat memberi ketenangan.
2. Menganggap semua masalah dapat diselesaikan.
3. Mengekspresikan perasaan secara kuat.

4. Mencari tahu lebih banyak tentang situasi
5. Memikirkan kekuatan dan kelemahan pribadi untuk mengatasi stress.
6. Mengerjakan sesuatu/alternative tindakan.
7. Berhubungan dengan kekuatan supernatural.
8. Latihan penanganan stress; meditasi, pernafasan dll.
9. Belajar dari pengalaman yang lalu dan tidak mengulangi kesalahan.

Mekanisme penyelesaian masalah (koping) menurut Bell, 1977; Rasmun, 2001, ada 2 metode yaitu:

a. Jangka Panjang, cara ini konstruktif:
    1. Berbicara dengan orang lain (*curhat)* dengan teman, keluarga, atau profesi tentang masalah yang dihadapi
    2. Mencoba mencari informasi lebih banyak tentang masalah yang dihadapi
    3. Menghubungkan situasi atau masalah yang dihadapi dengan kekuatan supra natural.
    4. Melakukan kegiatan ibadah yang teratur.
    5. Melakukan latihan fisik untuk mengurangi ketegangan
    6. Membuat berbagai alaternatif kegiatan untuk mengurangi situasi
    7. Belajar dari kegagalan masa lalu. Tidak ada kegagalan kedua kali.
b. Jangka Pendek: cukup efektif tetapi sifatnya sementara:
    1. Menggunakan alcohol atau obat
    2. Melamun atau fantasi
    3. Mencoba melihat aspek humor dari situasi yang tidak menyenangkan
    4. Tidak ragu dan merasa yakin bahwa semua akan kembali stabil
    5. Banyak tidur
    6. Banyak merokok
    7. Menangis
    8. Beralih pada aktifitas yang dapat melupakan masalah

Koping keluarga dalam menghadapi masalah menurut Mc. Cubbin, 1979; Stuart and Sundeen, 2001 adalah:

a. Mencari dukungan sosial seperti minta bantuan keluarga, tetangga, teman, atau keluarga jauh
b. Reframing, yaitu mengkaji ulang kejadian masa lalu agar lebih dapat menangani dan menerima kejadian.
c. Mencari dukungan spiritual, berdoa, menemui pemuka agama, atau aktif dalam pertemuan ibadah.
d. Menggerakkan keluarga untuk mencari dan menerima bantuan
e. Penilaian secara pasif terhadap peristiwa yang dialami, seperti menonton TV, atau diam saja.

2. Mekanisme Pertahanan Ego (*Deffance Mechanism*)

Macam-macam mekanisme pertahanan jiwa:

1. Represi
   Menekan keinginan, pikiran, perasaan yang tidak menyenangkan ke alam tidak sadar dan sengaja dilupakan.
2. Reaksi formasi
   Tingkah laku yang berlawanan dengan perasaan yang mendasari tingkah laku tersebut.
3. Kompensasi
   Tingkah laku menggantikan kekurangan dengan kelebihan yang lain.
4. Rasionalisasi
   Alasan/tingkah laku yang dapat diterima sebagai hasil pemikiran vang logis, bukan karena tidak disadari.
5. Restitusi
   Tingkah laku mengurangi rasa bersalah dengan tingkah laku pengganti.
6. Displacement
   Memindahkan perasaan emosional pada objek pengganti yang tidak bisa diterima norma.
7. Proyeksi
   Memproyeksikan keinginan., perasaan diri terhadap ketidakberdayaan. pada orang lain/ objek lain untuk mengingkari.
8. Simbolisasi
   Menggunakan obiek untuk mewakili ide/emosi yang menyakitkan untuk diekspresikan
9. Regresi
   Kemunduran tingkah laku, pikiran, perasaan pada tingkat perkembangan sebelumnya.
10. Denial
    Mengingkari perasaan, pikiran dan fakta yang tidak dapat ditoleransi.
11. Sublimasi
    Memindahkan perasaan dan tingkah laku yang tidak menyenangkan pada tujuan yang dapat diterima oleh norma.
12. Konversi
    Pemindahan stress mental pada fisik.
13. Fantasi
    Harapan atau keinginan seolah-olah terpenuhi yang diciptakan sendiri.

BAB 3

Perkembangan Jiwa Manusia

A. Pendahuluan

Peristiwa tumbuh dan berkembang manusia meliputi seluruh proses kejadian sejak terjadi pembuahan sel telur sampai dewasa. Istilah tumbuh kembang mencakup dua pengertin yang berbeda tetapi saling berkaitan dan sulit dipisahkan. Pertumbuhan adalah berkaitan dengan masalah perubahan dalam besar, jumlah, ukuran atau dimensi tingkat sel, organ maupun individu. Perkembangan adalah suatu proses yang menitikberatkan aspek perubahan bentuk dan fungsi pematangan organ atau individu, termasuk perubahan aspek emosional dan social akibat pengaruh lingkungan. Proses perkembangan adalah proses pematangan dan belajar.

Secara umum ada 3 (tiga) jenis tumbuh kembang yaitu tumbuh kembang fisik (yang berkaitan dengan perubahan dalam ukuran, besar, dan fungsi organisme), tumbuh kembang intelektual (kepandaian berkomunikasi dan kemampuan materi yang bersifat abstrak dan simbolik), dan tumbuh kembang emosional (kemampuan untuk membentuk ikatan batin, cinta, dan kasih sayang).

B. Teori-Teori Perkembangan Jiwa Manusia

Perkembangan jiwa manusia sepanjang hidup dicoba dianalisis oleh beberapa ahli kejiwaan, seperti Sigmund Freud dengan teori Psikosexual, Eric Ericson dengan teori Psikososial, Piaget yang menjelaskan perkembangan Kognitif, Sullivan dengan teori

perkembangan berdasar hubungan interpersonal, dan Kohlberg dengan perkembangan moral manusia.

Secara lengkap perkembangan manusia sebagai berikut:

TEORI FREUD (PSIKOSEXUAL)	TEORI ERIKSON (PSIKOSOSIAL)	TEORI SULLIVAN (INTERPERSONAL)	TEORI PIAGET (KOGNITIF)
MASA BAYI: (*Lahir s/d 18 bln*) Tahap *oral* → Mencari kepuasan dg pemenuhan kebut. Oral.	Fase *trust* Vs *Mistrust* → belajar mempercayai orang lain.	Belajar mempercayai orang lain.	Tahap Sensorimotorik → Belajar ttg diri sendiri dan lingk dg indra dan aktifitas motorik.
TODLER (18 bln s/d 3 thn) Tahap *Anal* → mempelajari kontrol otot dan kontrol social	*Otonomi vs Shame* (malu dan ragu-ragu) → kontrol diri dan melatih kemandiria	Menerima pengaruh dari orang lain.	Tahap Prakonseptual (2 – 4 thn) →Mengembangkan bahasa dan permainan simbolik.
PRASEKOLAH (*3 - 6 TH*) Tahap *Falik* → anak membentuk identitas sexual.	*Inisiatif* Vs *Inferior* (rasa bersalah) →Anak mempelajari asertifitas dan kemampuan mempengaruhi lingk. Interpersonal.		Tahap Intuisi (4 – 7 thn) → Belajar mengklasifikasi dan mengelompokkan cara berfikir egosentrik.
USIA SEKOLAH (*6 – 12 th*) Tahap *laten* → anak membentuk hubungan dengan sesama jenis.	Industri Vs rendah diri → anak belajar percaya diri dg bekerjasama dan kompetitif.	PRAREMAJA (9 s/d 12 thn) → Membentuk persahabatan dg teman 2 sesama jenis	Tahap operational Konkrit (6 – 12 thn) → Belajar memahami penalaran scr sistematis.
REMAJA (*12 – 18 thn*) Tahap *Genital* → membentuk hub dg lawan jenis dan menemukan minat pekerjaan yg memuaskan.	Identitas Vs Difusi peran → anak mengembangkan perasaan ttg dirinya.	REMAJA AWAL (12 s/d 14 tahun) → Menjadi lebih mandiri, mulai membina hubungan dg lawan jenis.	Tahap operational formal (12 – 18 thn) → Belajar cara berfikir abstrak dan pemikiran konseptual
	DEWASA MUDA (*18 – 25 thn*) Keintiman Vs Isolasi → org dewasa mengembangka hub. Intim	REMAJA AKHIR (14 s/d 21 thn)→ Mengembangkan hub. Yg lebih kuat dg lawan jenis.	

TEORI FREUD (PSIKOSEXUAL)	TEORI ERIKSON (PSIKOSOSIAL)	TEORI SULLIVAN (INTERPERSONAL)	TEORI PIAGET (KOGNITIF)
	DEWASA PERTENGAHAN (25 – 55 Thn) Generatifitas Vs Stagnancy → orang dewasa membimbing org lain dan kontribusi kpd masyarakat.		
	DEWASA AKHIR/ LANSIA (55 s/d mati) Integritas vs keputusasaan → Org dewasa merasa puas dg kehidupannya.		

C. Teori Perkembangan Psikososial Ericson

Ericson mengemukakan teori perkembangan psikososial manusia dari lahir sampai lanjut usia menjadi 8 (delapan) masa perkembangan dengan berbagai tugas perkembangan yang harus diselesaikan.

1. Masa Bayi (0 – 18 bulan)

Trust vs mistrust

Pada saat neonatus (0-4 minggu), hubungan ibu dan bayi bersifat unik karena ketergantungan kebutuhan yang sangat tinggi terhadap kasih sayang, kehangatan, kebersihan, makan minum dan perlindungan dari ibu. Bukan hanya pemenuhan kebutuhan tetapi juga menafsirkan kebutuhan. Rasa keterikatan emosional dipengaruhi oleh kondisi kesehatan neonatus dan orang tua terutama ibu, kemampuan sensorimotorik dan respon, harapan social budaya, harapan orang tua, ekonomi dan kesediaan orang tua untuk memenuhi kebutuhan dan isyarat oleh neonatus. Perkembangan kognitif masih berupa sensorimotor (gerakan menghisap dan memegang sesuatu).

Interaksi yang erat antara ibu dan bayi dapat menimbulkan rasa aman pada anak. Rasa aman ini menumbuhkan rasa kepercayaan sebagai dasar hubungan dengan dunia luar. Tugas perkembangan pada masa ini adalah menumbuhkan rasa percaya dan aman pada anak. Apabila tugas perkembangan ini tidak terpenuhi, timbul masalah psikososial dikemudian hari berupa rasa tidak aman dan tidak percaya dengan dunia luar. Masalah ini dapat memunculkan sikap menarik diri dan bermusuhan.

Untuk mencegah kegagalan anak mencapai tugasnya pada fase ini, orangtua hendaknya memenuhi kebutuhan bayi secara konsisten dan adekuat. Meningkatkan kualitas hubungan

ibu dan bayi dengan memberikan stimulus yang baik, seperti menimang bayi dengan hangat dan lembut, mengajaknya bicara sambil tersenyum, bersenandung, dan yang terpenting segera mencari penyebab bayi menangis.

2. Masa Anak Awal/Todler (1,5 bln – 3 tahun)

Autonom vs Shame and Doubt

Anak mulai belajar menegakkan kemandirian, namun belum dapat berpikir secara diskriminatif sehingga perlu bimbingan dengan tepat. Meskipun anak diharapkan melatih kemandirian, namun orangtua perlu melindunginya dari pengalaman yang dapat menimbulkan rasa ragu dan malu. Bila tugas kemandirian berhasil, anak akan bangga dan tumbuh rasa percaya diri. Anak akan mampu bekerjasama dan mengekspresikan dirinya. Bila tugas pada fase ini gagal, akan membuat anak kehilangan kepercayaan diri, harga diri, mudah bingung, penuh ketegangan dan ketergantungan.

Untuk menghindari kegagalan pada fase ini, lingkungan harus memfasilitasi kegiatan anak. Biarkan anak belajar memakai bajunya dengan bantuan seminim mungkin. Beri kebebasan beraktifitas selama kegiatan itu aman. Hindari kata-kata yang menghambat kreatifitas, seperti kata JANGAN dan TIDAK BOLEH.

3. Masa Pra Sekolah (3 – 6 tahun)

Initiative vs quilt

Pada masa ini anak belajar bermain dengan teman sebaya dan orang yang lebih tua. Anak memiliki inisiatif untuk melakukan sesuatu bersama dengan kreatifitas anak. Anak belajar dengan perasaannya dan mengontrol tingkah laku. Kegagalan pada fase ini membuat anak menjadi tidak kreatif, bermusuhan, dan tidak percaya dengan lingkungan.

Untuk mencegah kegagalan pada fase pra sekolah ini, hendaknya anak difasilitasi untuk memberi kepuasan, misalnya dengan permainan yang dapat meningkatkan kreatifitas anak. Beri contoh model peran yang positif dan bantu anak mengembangkan imajinasinya serta usahakan jangan menakut-nakuti dengan ancaman-ancaman.

4. Masa Sekolah (6 – 12 tahun)

Industry vs Inferiority

Anak mulai masuk sekolah dasar dan belajar kemampuan yang dihargai masyarakat, termasuk kemampuan membagi tanggung jawab serta menyesuaikan diri dengan orang lain. Jika usaha anak berhasil, akan membentuk perasaan berkompetisi dan sadar akan kemampuannya. Apabila anak gagal dalam menyelesaikan tugas ini, maka akan merasa rendah

diri, merasa tidak mempunyai kemampuan, dan menarik diri dari lingkungan serta teman sebaya.

Untuk membantu anak mencapai tugasnya, Bantu mengembangkan rasa tanggungjawab dengan menyiapkan mental untuk berkompetisi dengan memberik rasa percaya diri, terlindung, dan aman.

5. Masa Remaja (12 – 18 tahun)

Identity vs Identity Confusion

Pertumbuhan fisik pada remaja amat pesat dan akhirnya akan memasuki masa dewasa. Anak berada dalam masa mencari identitas diri yang sering diwarnai dengan timbulnya konflik. Seringkali remaja bereksperimen dengan berbagai macam peran untuk mencari mana yang paling cocok bagi dirinya. Namun eksperimen ini seringkali menjerumuskan remaja kedalam hal yang negative. Disinilah pentingnya peran nilai dan norma yang pernah didapat pada masa anak-anak. Tugas pada masa remaja adalah pembentukan identitas ego. Apabila gagal akan menimbulkan kebingungan akan peran diri yang membentuk kelainan tingkah laku antisocial.

Untuk mencegah terjadinya penyimpangan, remaja perlu dibantu menghadapi perubahan fisik dan gambaran diri dalam mendukung kemandirian remaja.

6. Masa Dewasa Muda (18 – 25 tahun)

Intimacy and Solidarity vs Isolation

Pada masa ini kesempatan inidivu untuk membaur dengan kehidupan masyarakat. Kebutuhan identitas diri terpenuhi dalam hubungan interpersonal dengan pasanyan atau teman sebaya. Belajar menetapkan hubungan denga nrekan dan mengungkapkan hubungan social yang memuaskan merupakan tugas pada fase ini yang terlihat dari perilaku menghargai oranglain, konsekuen dan bersahabat. Kegagalan akan membuat individu tidak bersahabat, selalu berprasangka dan mengisolasi diri dari lingkungan.

7. Masa Dewasa (26 – 65 tahun)

Generativy vs Self Absorbtion

Tugas pada fase ini adalah menjadi manusia yang kreatif dan produktif. Perasaan puas akan timbul dengan melihat keberhasilan asuhan yang diberikan pada anak yang menjadi dewasa, dan melihat sumbangannya pada masyarakat berguna. Perasaan putus asa dapat timbul dari kesadaran bahwa belum berhasil mencapai apa yang ditetapkan pada masa muda. Kegagalan ini dapat dilihat dari perilaku mengagungkan diri sendiri, mengundurkan diri, dan konsep diri yang miskin.

8. Masa Dewasa Tua/Lansia (Lebih dari 65 tahun)

Ego Integrity vs Disperate

Individu telah mencapai kematangan. Bila dalam perkembangan sebelumnya mengalami hal-hal positip, maka ia akan mencapai integritas ego dan dalam menghadapi kehidupan selanjutnya akan bersemangat dan optimis. Tugas pada masa ini adalah menerima masa tua dan siap terhadap kehilangan. Kegagalan pada masa ini dipengaruhi oleh pengalaman negative sebelumnya, sehingga tidak bersemangat dan tidak siap menghadapi masa tua dan kehilangan. Untuk mengisi masa tua dengan meningkatkan ibadah, sosialisasi, dan hubungan keluarga.

D. Tahap-Tahap Perkembangan Manusia

Tahap perkembangan manusia sejak lahir sampai dengan usia lanjut dalam siklus hidup manusia sebagai berikut:

1. Bayi

a. Perkembangan Kognitif

Bayi tidak hanya mendapat keterampilan fungsi motorik selama tahun pertama; mereka juga mengembangkan banyak kemampuan berpikir dan mengerti dunia sekaliling mereka. Bayi memperoleh gambaran utama dari pengalaman pancaindra dengan mereka dapat membedakan secara tepat kejadian – kejadian fisik yang serupa. Mereka belajar mengenali informasi dan menghubungkannya dengan pengetahuan yang dimilikinya. Bayi yang baru lahir secara aktif mencari informasi dan tidak hanya menunggu orang lain secara pasif atau kejadian yang membantu mereka beraksi dan berkembang secara mental. Perubahan karakteristik fisik suatu kejadian perlu diperhatikan pada bayi yang baru lahir. Gerakan benda, adanya kontras hitam – putih, dan kekerasan suara yang berbeda, serta irama sering menarik dan mengikat.

Bayi usia empat bulan dapat mengenali wajah di hadapannya sama atau tidak sama dengan yang dilihat sebelumnya, namum mereka kurang mampu mendapatkan kembali skema ayah bila ayahnya tidak berada dalam ruangan untuk mengikatkan mereka kembali. Kemampuan lain yang berhubungan yang timbul pada saat bersamaan disebut memori kerja (*working memory*). Bila anak yang lebih besar dan orang dewasa membaca kalimat atau mendengarkan sebuah pembicaraan, mereka mampu menyimpan keterangan yang didapatkan dan mengintegrasikannya ke dalam pengetahuan mereka, bahkan juga bila beberapa keterangan yang masuk terjadi 60 detik lebih awal. Anak tampaknya mengembangkan memori kerja sekitar usia 8 bulan, sehingga mereka dapat membandingkan dan menghubungan keterangan yang masuk demgan pengetahuan sebelumnya, walaupun tentu saja kurang efektif dibandingkan anak yang lebih besar dan orang dewasa.

b. Perkembangan Emosi

Selama priode antara 8 sampai 12 bulan seorang anak mengembangkan beberapa rasa ketakutan baru, mungkinhal ini disebabkan kemajuan memori aktif dan proses kognitif lainnya. Walaupun suatu kejadian lain biasanya menimbulkan perhatian yang lebih besar dan kadang kadang menyebabkan kegembiraan dan senyuan tetapi juga dapat menumbuhkan suatu keadaan psikologis yang disebut unvertainty (ketidakpastian) yaitu bila usaha seorang anak untuk menghubungkan suatu kejadian dengan skemanya tidak berhasil.

Ketakutan terhadap orang asing. Salah satu ketakutan umum pada akhir tahun pertama biasanya disebut kecemasan terhadap orang asing. Ketakutan berpisah sementara dari pengasuh yang dikenalnya sering jelas timbul, bila bayi ditinggalkan dalam ruangan asing atau adanya orang asing di dekatanya. Hal ini jarang terjadi bila anak ditinggalkan dirumah dengan keluarganya yang dikenalnya atau dengan pengasuh bayi.

2. Toddler

a. Perkembangan Fisik dan Motorik

Perkembangan anak antara tahun pertama dan tahun ketiga terjadi dengan kemajuan –kemajuan yang pesat. Sekitar usia tiga tahun anak sudah dapat berjalan secara otomatis, bahkan pada alas yang tidak rata anak sudah dapat berjalan tanpa kesukaran. Belajar berjalan banyak berhubungan dengan proses-proses pemasakan yang dapat dipercepat dengan latihan. Bila anak sudah dapat berjalan maka ia juga akan mencoba untuk berjalan dengan berbagai variasi, misalnya berjalan mundur (± 17 bulan) dan berjalan diatas tumit (± 30 bulan).

Sekitar bulan ke-18 anak mencoba untuk lari, tetapi gayanya masih menyerupai gaya berjalan. Pada usia 2/3 tahun anak betul-betul dapat lari, tetapi ia belum mampu untuk berhenti dengan cepat atau membalik. Sesudah dapat berjalan dengan baik, anak juga belajar berjalan memanjat dan menuruni tangga. Pada usia ini anak juga banyak belajar berbagai macam koordinasi visio-motorik. Aktifitas-aktifitas senso-motorik telah dapat diintegrasi menjadi aktivitas yang dikoordinasi. Hal ini penting misalnya pada waktu mencontoh sebuah gambar atau sebuah benda.

Latihan kebersihan juga termasuk perkembangan psikomotorik karena latihan kebersihan membutuhkan pemasakan urat-urat daging alat-alat pembuangan. Anak harus mampu untuk menguasai urat daging alat-alat pembuangannya pada waktu hendak buang air kecil atau buang air besar. Ternyata bahwa anak baru mampu untuk melakukan hal ini pada usia ± 15 bulan. Berhubungan dengan itulah dapat dianggap tidak bertanggungjawab untuk memulai latihan kebersihan ini sebelum anak berusia 15 bulan. Bila latihan ini dilakukan sebelum anak berusia 15 bulan dapat timbul pengalaman-pengalaman yang traumatis. Hal ini dapat mengakibatkan anak

masih sering ngompol pada usia yang seharusnya ia sudah dapat bersih atau anak akan menunjukkan gangguan-gangguan tingkah laku yang lain.

b. Perkembangan Sosial

Tingkah laku lekat pada bagian kedua tahun pertama yang tertuju pada satu orang, segera akan tertuju juga pada orang-orang lain disekitarnya, manusia mempunyai ciri khas untuk bercakap-cakap. Untuk mengadakan manipulasi dan eksplorasi benda, untuk mencari kontak dengan manusia lain dari ciri-ciri khas tersebut ini timbulah tingkah laku lekat. Sampai sekarang maka beberapa pendapat yang dikemukakan baru mengenai pendapat tentang tingkah laku lekat pada tahun pertama.Dalam ini ada dua teori 1) teori deferensiasi dan 2) teori parallel.

Teori kepribadian/perkembangan menurut Sigmund Freud (1856-1939), pada usia 1½-3 tahun merupakan fase anal dimana sifat ego nampak. Ibu harus menurut perintah anak, juga anak sering menarik rambut, memukul, dan mengontrol tingkah laku ibu. Bila ibu tidak mengerti apa yang diinginkan anak maka kan menimbulkan kemarahan si anak. Perkembangan berikutnya adalah bermain , di mana bermain memenuhi kepuasan fisik, emosi, dan perkembangan mental. Anak dapat mengekspresikan perasaannya baik perasaan kekuatan, kesepian, fantasi maupun kreatifitasnya.

c. Perkembangan Bahasa

Suara pertama yang dilakukan anak adalah jerit tangis pada waktu dilahirkan. Tangis pertama ini berguna untuk memunginkan anak dapat bernafas karena mulai saat itu anak harus bernafas sendiri. Suara-suara yang dikeluarkan anak dapat dibedakan antara suara tangis dan ocehan. Tangis menunjukkan keadaan tak senang sedangkan ocehan menunjukkan rasa senang dan kepuasan. Tangis merupakan "appel" dan ekspresi (dua fungsi bahasa menurut BÜHLER). Tangis bukan gejala yang berdiri sendiri, melainkan suatu tingkah laku refleks terhadap sesuatu karena pada satu pihak menunjukkan keadaan tidak nyaman, tetapi sekaligus juga menginginkan reaksi sekeliling.

Meraban atau mengoceh mempunyai fariasi yang lebih banyak dari pada menangis. Dengan ocehan dapat dinyatakan perasaan-perasaan positif, juga terdengar variasi banyak dalam suara-suara yang dikeluarkan. Anak tidak sekedar mengoceh begitu saja, melainkan sekarang sudah merupakan reaksi terhadap orang lain yang mencari kontak verbal dengan anak tersebut.

Satu kata yang diucapkan oleh anak harus dianggap sebagai satu kalimat penuh. Misalnya kalau anak mengatakan "kursi" maka hal itu dapat berarti: saya mau duduk di kursi, atau: mama harus duduk di kursi, atau: saya minta kursi untuk naik diatasnya untuk mengambil itu. Itulah sebabnya mengapa ucapan-ucapan satu kata anak ini dipandang sebagai kalimat satu kata. Kata-kata pertama anak tidak bisa dipandang sebagai objek yang murni, mereka mempunyai isi psikologis yang bersifat intelektual,

emosional, dan sekaligus volisional, yaitu anak menunjukkan mau atau tidak mau akan hal sesuatu.

3. Pra Sekolah

a. Perkembangan Motorik dan Sosial

Pada saat anak-anak mencapai usia taman kanak-kanak, mereka sudah harus dapat mandi dan berpakaian sendiri, mengikat tali sepatu dan menyisir rambut dengan sedikit bantuan atau tanpa bantuan sama sekali. Periode ini merupakan tahap perkembangan yang kritis karena pada masa inilah dasar sikap sosial dan pola perilaku sosial dibentuk.

- ☞ Teman-teman
  Pada awal masa kanak-kanak, teman-teman terutama terdiri dari rekan dan teman bermain. Meskipun anak menganggap beberapa teman bermain yang mereka sukai sebagai "teman" tetapi hanya sedikit yang berperan sebagai teman dalam awal masa kanak-kanak.
- ☞ Teman Pengganti
  Kebanyakan anak pada saat-saat tertentu mempunyai binatang peliharaan seperti anjing, kucing, tupai, marmud, ikan, burung, dan sebagainya. Tetapi binatang yang dapat dijadikan teman bermain adalah anjing dan kucing, karena hewan-hewan ini dapat diajak bermain seperti manusia. Yang tidak terlampau umum digunakan sebagai pengganti teman adalah teman bermain khayal yaitu teman yang merupakan hasil khalayan anak. Teman bermain khayalan ini mempunyai sifat-sifat yang sama seperti teman bermain yang nyata dan bermain sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh penciptanya.

Masa awal kanak-kanak sering disebut sebagai tahap mainan, karena dalam periode ini hampir semua permainan menggunakan mainan. Sekalipun masih dalam tahun-tahun prasekolah, anak sudah mengetahui bahwa jenis permainan tertentu dan alatnya dianggap lebih sesuai untuk anak laki-laki dan sebaliknya. Banyaknya alat bermain yang dimiliki dan banyaknya ruangan untuk bermain-keduanya dipengaruhi oleh status sosial ekonomi keluarga, juga mempengaruhi pola bermain anak.

b. Perkembangan Bahasa

Pengucapan Kata Usia 6 tahun diharap tidak cedal lagi, dapat mengucapkan huruf r, z, w, d, s, g, serta kombinasi fl, st, str, dr. Kosa kata warna-warna dasar, nama angka, dan kata etiket, namun belum paham betul tentang makannya. Mampu membentuk kalimat dengan menggunakan 3 sampai dengan 8 kata.

c. Perkembangan Emosi

Selama awal masa kanak-kanak emosi sangat kuat. Saat ini merupakan saat ketidakseimbangan karena anak-anak "keluar dari fokus", dalam arti bahwa ia mudah

terbawa ledakan-ledakan emosional sehingga sulit dibimbing dan diarahkan. Banyak faktor yang mempengaruhi emosi dalam awal masa kanak-kanak:

- Amarah

  Penyebab amarah yang paling umum adalah pertengkaran mengenai permainan, tidak tercapainya keinginan dan serangan yang hebat dari anak lain. Anak mengungkapkan rasa marah dengan ledakan amarah yang ditandai dengan menangis, berteriak, menggertak, menendang, melompat-lompat atau memukul.
- Takut

  Pembiasaan, peniruan, dan ingatan tentang pengalaman yang kurang menyenangkan berperan penting dalam menimbulkan rasa takut, seperti cerita-cerita, gambar-gambar, acara radio dan televisi, dan film-film dengan unsur yang menakutkan. Pada mulanya reaksi anak terhadap rasa takut adalah panic, kemudian menjadi lebih khusus seperti lari, menghindari, dan bersembunyi, menangis dan menghindari situasi yang menakutkan.
- Cemburu

  Anak menjadi cemburu bila ia mengira bahwa minat dan perhatian orang tua beralih kepada orang lain di dalam keluarga, biasanya adik yang baru lahir, menunjukkannya dengan kembali berperilaku seperti anak kecil, seperti mengompol, pura-pura sakit, atau menjadi nakal. Perilaku ini semua bertujuan untuk menarik perhatian.
- Ingin tahu

  Anak mempunyai rasa ingin tahu terhadap hal-hal yang baru dilihatnya, juga mengenai tubuhnya sendiri dan tubuh orang lain. Reaksi pertama adalah dalam bentuk penjelajahan sensomotorik; kemudian sebagai akibat dari tekanan sosial dan hukuman, ia bereaksi dengan bertanya.
- Iri hati

  Anak-anak sering iri hati mengenai kemampuan atau barang yang dimiliki orang lain. Yang paling umum adalah mengeluh tentang barangnya sendiri, dengan mengungkapkan keinginan untuk memiliki barang seperti dimiliki orang lain.
- Gembira

  Anak-anak merasa gembira karena sehat, situasi yang tidak layak, bunyi yang tiba-tiba atau yang tidak diharapkan, bencana yang ringan, membohongi orang lain dan berhasil melakukan tugas yang dianggap sulit. Anak mengungkapkan kegembiraannya dengan tersenyum dan tertawa, bertepuk tangan, melompat-lompat, atau memeluk benda atau orang yang membuatnya bahagia.
- Sedih

  Anak-anak merasa sedih karena kehilangan segala sesuatu yang dicintai atau yang dianggap penting bagi dirinya, apakah itu orang, binatang, atau benda mati seperti mainan. Secara khas anak mengungkapkan kesedihannya dengan menangis dan dengan kehilangan minat terhadap kegiatan normalnya, termasuk makan.

- Kasih sayang
  Anak-anak belajar mencitai orang, binatang atau benda yang menyenangkannya. Ia mengungkapkan kasih sayang secara lisan bila sudah besar tetapi ketika masih kecil anak menyatakannya secara fisik dengan memeluk, menepuk, dan mencium objek kasih sayangnya.

3. Sekolah

Pada masa ini guru sekolah sebagai panutan. Berteman lebih dengan sesama jenis kelamin membentuk kelompok. Anak menyenangi aktifitas, kompetisi, rasa ingin tahu yg besar, minat permainan yang terorganisasi. Mempunyai kepercayaan yg tinggi terhadap orang dewasa. Cenderung membandingkan diri dengan temannya, mudah kecewa dan gembira. Kepuasan yang besar jika dapat mencapai sesuatu dan membenci kegagalan dan kesalahan.

Anak mengembangkan kekuatan internal dan tingkat kematangan untuk bergaul di luar rumah. Orangtua hendaknya menanamkan interaksi yang sesuai dengan teman sebaya dan orang lain serta meningkatkan ketrampilan intelektual khususnya di sekolahan. Menerapkan peraturan dalam berinteraksi dengan orang lain di luar keluarga. Perbedaan norma setiap keluarga dapat mengembangkan kesadaran dan penghargaan terhadap perbedaan setiap keluarga untuk berhubungan dengan orang lain lebih efektif. Orangtua perlu mendukung dan memberi contoh peran bagi anak untuk merangsang kreatifitas dan produktif.

Perkembangan seksual dan citra diri anak membuat perasaan kompeten, penerimaan dan penghargaan. Perasaan berhasil dalam melakukan sesuatu sangat penting untuk perkembangan anak. Ketrampilan rasionalisasi pemahaman tentang ide atau konsep, dapat menghubungkan antara konsep waktu dan ruang, mampu mengingat serta mengumpulkan benda sejenis. Norma di rumah, sekolah, agama dan menghargai tokoh otoriter seperti orang tua dan guru.

4. Remaja

Remaja adalah fase pada manusia dimana tiap-tiap individu dalam masa transisi dari fase anak-anak menuju fase dewasa. Dalam tahap ini perhatian dari lingkungan dan keluarga sangat dibutuhkan agar tidak terjadi penyimpangan pada individuremaja. Dalam kehidupan bermasyarakat sebetulnya tidak mempunyai tempat yang jelas karena dilihat dari segala segi masih belum matang secara fisik dan psikisnya.Karena masih memiliki sifat kekanak-kanakan tapi juga sudah dalam tahap dan tingkatan lebih tinggi dari anak-anak tapi masih di bawah dewasa secara mental dan fisiknya.

a. Perkembangan Fisik

Fase perubahan fisik dimulai pada usia 12- 22 tahun , dan terjadi antara pria dan wanita berbeda. Biasanya lebih dulu pada wanita dengan ditandai mulai menstruasi pada wanita dan kemudian terjadi pertumbuhan kelamin primer dan sekundernya.Sedang pada

pria ditandai ketika pertama kali mulai mimpi basah , kemudian terjadi pertumbuhan kelamin primer dan sekundernya.

b. Perkembangan Emosi

Pada masa remaja merupakan puncak emosionalitas , yaitu perkembangan emosi yang tinggi. Pada usia remaja awal perkembangan emosinya bersifat sensitif dan reaktif yang sangat kuat terhadap berbagai peristiwa atau situasi sosial , emosinya bersifat negatif dan tempramental.Bila dalam perkembangannya remaja berada dalam iklim yang kondusif cenderung akan memperolah perkembangan emosi yang matang , dengan ditandai oleh:

- Adekuasi emosi: cinta kasih , simpati , altruis , respek.
- Bisa mengendalikan emosi.

c. Perkembangan Sosial

Pada masa remaja berkembang " Social Cognition " yaitu kemampuan untuk memahami orang lain. Maka dari itu remaja juga harus bisa melakukan penyesuaian sosial terhadap lingkungan beserta masyarakatnya.

Karakteristik penyesuaian sosial remaja di 3 lingkungan sebagia berikut:

1. Dilingkungan keluarga:
   - Menjalin hubungan yang baik dengan para anggota keluarga (orang tua dan saudara).
   - Menerima otoritas orang tua (menaati peraturan orang tua).
   - Menerima tangung jawab dan batasan-batasan (norma-norma) keluarga .
   - Berusaha untuk membantu anggota keluarga.
2. Dilingkungan Sekolah:
   - Bersifat respek dan mau menerima peraturan sekolah.
   - Berpartisipasi dalam kegiatan-kegiatan sekolah.
   - Bersikap hormat terhadap Guru , Kepala Sekolah dan staf lainnya.
   - Menjalin persahabatan dengan teman-teman di sekolah.
3. Dilingkungan Masyarakat:
   - Mengakui dan respek terhadap hak-hak orang lain.
   - Memelihara persahabatan dengan orang lain.
   - Bersikap simpati dan altruis terhadap kesejahteraan orang lain
   - Respek terhadap peraturan-peraturan yang berlaku.

d. Perkembangan Moral

Melalui pengalaman dan interaksi sosial dengan orang tua , guru , teman sebaya , dll. Tingkatan moralitas remaja lebih sudah lebih matang dari pada usia anak-anak. Mereka lebih mengenal tentang nilai-nilai moral. Dalam melakukan tindakan atau perbuatan remaja berperilaku bukan hanya untuk memenuhi kepuasan fisik tapi juga kepuasan psikologis

e. Perkembangan Kepribadian

Kepribadian merupakan sistem yang dinamis dari sifat , sikap dan kebiasaan yang menghasilkan tingkatan konsitensi respon individu yang yang beragam. Sifat kepribadian mencerminkan perkembangan fisik , seksual , emosional , kognitif dan nilai-nilai. Karena itu fase remaja adalah saat yang paling penting bagi perkembangan dan integrasi kepribadian.

Masa remaja juga merupakan saat berkembangnya identity (jati diri) , perkembagannya dipengaruhi oleh factor iklim keluarga:, tokoh idola, dan peluang pengembangan diri.

f. Permasalahan yang sering dihadapi oleh Remaja

Faktor penghambat dari perkembangan remaja adalah problema atau masalah remaja , faktor-faktor ini secara garis besar terbagi menjadi dua yaitu:

1. Faktor eksternal adalah faktor yang berasal dari lingkungan. Contoh: Lingkungan yang tidak kondusif , Perlakuan orang tua yang otoriter dan menekan , kurang kasih sayang dari orang tua.
2. Faktor internal biasanya karena individu itu sendiri kurang bisa atau bahkan tidak bisa memilih mana yang baik dan yang buruk sehingga individu tersebut terjerumus dalam lubang hitam.

5. Dewasa

Usia dewasa merupakan usia yang memiliki rentangan waktu paling lama dalam siklus kehidupan. Dimana dalam waktu yang lama tersebut tentulah timbul masalah atau tantangan baru yang harus dihadapi agar mereka tetap mampu untuk mempertahankan keberadaan mereka dalam kelompok dan individu itu sendiri.

Masa Dewasa atau sering disebut dengan "Adult" dalam bahasa latin yang berarti "Tumbuh Menjadi Dewasa". Masa dewasa dibagi menjadi:

a. **Masa Dewasa Dini (21/22 – 30 Tahun)**

Dimana saat perubahan fisik dan psikologis yang menyertai berkurangnya kemampuan reproduktif. Ciri-ciri:

1) Masa pengaturan

Berakhirnya hari-hari kebebasan mereka telah berakhir dan saatnya telah tiba untuk menerima tanggungjawab sebagai orang dewasa.Ini berarti bahwa pria muda mulai membentuk bidang pekerjaan yang akan ditanganinya sebagai kariernya, sedangkan wanita muda diharapkan mulai menerima tanggungjawab sebagai ibu dan pengurus rumah tangga.

2) Masa usia reproduktif

Usia seseorang mempunyai keturunan. Bagi orang yang cepat mempunyai anak dan mempunyai keluarga besar pada awal masa dewasa atau bahkan pada tahun-tahun

terakhir masa remaja kemungkinan seluruh masa dewasa pertemgahan merupakan masa reproduksi.

3) Masa bermasalah
   Bermasalah terhadap penyesuaian peran, lingkungan dan pekerjaan karena kurang persiapan, mempunyai banyak skill dan tidak maksimal, serta tidak ada bantuan solusi.
4) Masa ketegangan emosional
   Masih sekolah, melihat dunia dari jauh, tidak suka problem dan ingin merubah ® karena emosi yang bergelora. Sekitar awal atau pertengahan umur tigapuluhan, kebanyakan orang muda telah mampu memecahkan masalah-masalah mereka dengan cukup baik sehingga menjadi stabil dan tenang secara emosional. Apabila emosi yang merupakan ciri tahun-tahun awal kedewasaan masih tetap kuat pada usia tigapuluhan , maka hal ini merupakan tanda bahwa penyesuaian diri pada kehidupan orang-orang dewasa belum terlaksana secara memuaskan.
5) Masa keterasingan sosial
   Dengan berakhirnya pendidikan formal dan terjunnya seseorang ke dalam pola kehidupan orang dewasa, yaitu karir, perkawinan dan rumah tangga, hubungan dengan teman-temankelompok sebaya masa remaja menjadi renggang, dan berbarengan dengan itu keterlibatan dalam kegiatan kelompok di luar rumah akan terus berkurang. Sebagai akibatnya, untuk pertama kali sejak bayi semua orang muda, bahkan yang populerpun, akan mengalami keterpencilan sosial apa yang disebut Erikson sebagai "krisis keterasingan".

   Keterasingan diintensifkan dengan adanya semangat bersaing dan hasrat kuat untuk maju dalam karir dengan demikian keramahtamahan masa remaja diganti dengan persaingan dalam masyarakat dewasa dan mereka juga harus mencurahkan sebagian besar tenaga mereka untuk pekerjaan mereka, sehingga mereka hanya dapat menyisihkan waktu sedikit untuk sosialisasi yang diperlukan untuk membina hubungan-hunungan yang akrab.Akibatnya, mereka menjadi egosentris dan ini tentunya menambah kesepian mereka.
6) Masa komitmen
   Peralihan perubahan tanggung jawab seorang pelajar menjadi dewasa mandiri dengan komitmen dan sebagainya.
7) Masa ketergantungan
   Tergantung pada orang tua, lembaga pendidikan, pemerintah.
8) Masa perubahan nilai
   Perubahan dari kanak-kanak menjadi dewasa karena pengalaman dan hubungan sosial.
9) Masa penyesuaian diri
10) Masa kreatif
    - Periode yang sangat ditakuti

- Masa transisi
- Masa Pencapaian sukses

b. **Masa Dewasa Pertengahan**

1. Penyesuaian Pribadi

   Penyesuaian pribadi berupa penyesuaian terhadap minat pribadi yang harus berubah.Adapun alasan harus berubah adalah:

   a. Waktu yang dibagi antara pekerjaan dan urusan rumah tangga.
   b. Keadaan keuangan yang tidak memungkinkan.
   c. Perubahan dalam tekanan-tekanan budaya dan lingkungan.
   d. Perubahan nilai.
   e. Peran sebagai orang tua.

   Minat-minat pribadi yang harus berubah itu meliputi:

   a. Penampilan
      Diet dan Olahraga
   b. Pakaian dan Asesoris
      Meningkatkan penampilan, indikasi status social, idividualitas dalam kelompoknya, indikasi status ekonomi.
   c. Agama
      Sebagai model bagi anak-anak.
   d. Rekreasi

Ngobrol	Menjamu
Nonton bioskop	Menghmbangkan hobi
Membaca	Berdansa & musik

2. Penyesuaian Perkawinan atau Keluarga

   a) Penyesuaian pribadi dengan pasangan
      Tahapan penyesuaian pribadi meliputi: perasaan simpati, nilai, dan kebiasaan hidup.
   b) Penyesuaian Sexual
      Aspirasi sexual, waktu timbulnya gairah sexual, sikap terhadap aktivitas sexual, kecemasan akan kehamilan, konsep tentang romantisme atau pasangan ideal.
   c) Penyesuaian Keuangan
      Dewasa pertengahan sangat membutuhkan banyak uang untuk simbol status sosial, kebutuhan dasar, bantuan terhadap anggota keluarga, sementara pendapatan masih pas-pasan.
   d) Penyesuaian perubahan konsep peran sexe
      Macam konsep peran sexe meliputi:
      - Tradisional
      - Egalitarian

e) Penyesuaian dengan keluarga pasangan

Faktor-faktor yang mempengaruhi penyesuaian diri dengan pihak keluarga pasangan meliputi:

- Stereotipe tentang "mertua" dan "menantu"
- Keinginan untuk mandiri
- Status social-ekonomi
- Tanggung jawab terhadap anggota keluarga usia lanjut
- Keluargaisme
- Bantuan keuangan untuk ipar

Dewasa pertengahan yang memilih tidak menikah atau membuhang dengan alasan sbb:

- Penampilan sexe yang tidak menarik
- Cacat fisik atau menderita sakit yang lama
- Memikul tanggung jawab orang tua dan saudara
- Kekecewaan
- Mudahnya fasilitas untuk mendapatkan kepuasan sexual
- Keinginan wanita karir
- Gaya hidup yang menggairahkan dan tidak ingin repot

3. Penyesuaian Sosial

a) Kriteria Populer

Kriteria popular pada waktu remaja berkaitan dengan penampilan, fisik dan status social-ekonomi orang tua.Sedangkan pada dewasa pertengahan berkaitan dengan status social-ekonomi yang telah dicapai sendiri.

b) Peran Sosial

Dewasa pertengahan dituntut berperan aktif dalam kegiatan social atau sebagai pelaksana.

c) Keterasingan Sosial

Dewasa pertengahan mengalami keterasingan social akibat status akibat status menikah dan bekerja dengan orang-orang dewasa akhir.

d) Status social

Pria dan wanita ada perbedaan dalam memperoleh status social, wanita dipengaruhi factor perkawinan, sedangkan pria diperoleh sendiri.Faktor-faktor yang mempengaruhi mobilitas status sosial vertikal meliputi:

- macam pekerjaan berprestise
- lulus dari perguruan tinggi ternama
- berada pada kelompok sosial tinggi
- status ekonomi
- tingkat pendidikan

e) kepemimpinan sosial
kriteria pemimpin sosial dewasa pertengahan berbeda dengan pemimpin sosial remaja.Dewasa pertengahan lebih mementingkan kualitas yang meliputi: status sosial – ekonomi tinggi, konsep pribadi yang realistik, tahan terhadap stress & frustasi, bihaksana, dapat menerima pendapat orang lain, dan kesediaan bekerha untuk kelompok.

4. Penyesuaian pekerjaan
   a. pemilihan macam pekerjaan
   idealnya macam pekerjaan yang diperoleh sesuai dengan ketrampilan yang dimiliki, pendidikan formal, bakat, dan minat.
   b. penyesuaian dengan rekan
   dilingkungan kerja pasti ada rekan-rekan kerja yang kepribadiannya tidak menyenangkan .
   c. penyesuaian dengan pimpinan
   ada tiga pemimpim yaitu otoriter, demokrasi, permisif.
   d. penyesuaian dengan peraturan atu kebijaksanaan perusahaan peraturan tentang shif malam bagi wanita, peraturantentang cuti, peraturan tentang jam kedatangan,dll.
   e. Penyesuaian terhadap lingkungan fisik
   Lingkungan fisik meliputi: kebisingan, kebersihan, kelembaban, debu, penerangan, ventilasi, dsb.

Indikasi kegagalan dalm penyesuaian pekerjaan:
a. kebosanan
b. prestasi turun
c. produktivitas turun
d. bolos kerja
e. pindah kerja
f. tidak puas atau perasaan tidak suka
a. penuh tantangan ataukah monoton.

c. Dewasa Akhir

Pada umumnya usia pada fase ini antara 41-55 tahun. Dimana fase tersebut ditandai oleh perubahan-perubahan jasmani dan mental. Biasanya terjadi penurunan kekuatan fisik dan diikuti oleh penurunan daya ingat. Dewasa ini banyak yang mengalami perubahan-perubahan yang lebih lambat daripada fase-fase sebelumnya. Oleh karena itu fase ini merupakan periode yang panjang dalam tentang kehidupan manusia.

Karakteristik Fase Dewasa Akhir

1) Rasa takut dan krisis psikologi

Fase ini merupakan periode yang sangat menentukan karena semakin mendekati usia tua. Oelh karena itu orang-orang dewasa tidak akan mau mengakui bahwa mereka telah mencapai usia tersebut. Alasan yang ditakuti pada usia ini adalah kepercayaan tradisional tentang kerusakan mental dan fisik yang diduga disertai dengan berhentinya reproduksi kehidupan dan kebanyakan orang dewasa pada usia ini menjadi rindu pada masa muda mereka dan berharap dapat kembali ke masa itu.

2) Penyesuaian diri dengan hilangnya pasangan hidup

Hilangnya pasangan apakah karena kematian atau perceraian menimbulkan banyak masalah, penyesuaian diri bagi pria dan wanita pada fase ini, khususnya wanita karena wanita yang iceraikan atau suaminya meninggal biasanya mengalami rasa kesepian yang dalam sekali. Dan semakin diperkuat lagi oleh frustasi dari dorongan sexualnya yang tidak dapat dipenuhi terutama masalah kebutuhan ekonomi yang tidak tercukupi lagi.

Sedangkan pria yang istrinya meninggal atau yang diceraikan mengalami kekacauan pola hidup kecuali anggota keluarganya yang mau mengurusi rumahnya.

a. Kehilangan pasangan karena perceraian

Hilangnya pasangan karena perceraian dapat menimbulkan pengaruh yang berbeda-beda di usia ini, pertama-tama bergantung pada siapa yang menghendaki perceraain. Wanita yang diceraikan suaminya untuk dapat kawin lagi, memberikan reaksi yang berbeda dari perceraian wanita yang perkawinannya tidak dapat dipertaankan lagi.

b. Kehilangan pasangan karena kematian

Apabila kematian disebabkan oleh penyakit lama maka stress yang dialami tidak terlalu berat, tetapi hanya mengalami rasa duka cita yang amat selama jangka waktu tertentu. Jangka waktu tersebut memiliki 4 tahap:

a. Hilangnya semangat hidup, apabila orang itu tidak sanggup menerima kenyataan atas kematian satu-satunya orang yang dicintai.
b. Hidup merana yang ditandai dengan usaha untuk terus mengenang masa silam dan ingin sekali untuk melanjutkannya.
c. Depresi, karena kesadaran bahwa suaminya telah tiada dan mendorongnya untuk mencari kompensasi seperti obat pil, alcohol.
d. Bangkit kembali ke masa biasa dimana ia telah menerima dengan rela kematian suami yang dicintainya dan mencoba membangun pola hidup baru dengan berbagai minat dan aktivitas untuk mengisi kekosongan.

3). Penyesuaian diri dengan perubahan fisik dan kesehatan

Penyesuaian diri dengan perubahan fisik biasanya terjadi secara bertahap dan lambat laun. Tetapi sekali seseorang melakukannya maka orang tersebut akan lebih

cepat melakukan penyesuaian diri jika mereka dapat menyembunyikan beberapa tanda menua. Rasa terkejut dan takut terhadap hilangnya masa muda yang bisa nampak dengan hilangnya tenaga fisik dan sexual sering berkembang kearah sikap melawan dan menolak terhadap pekerjaan, pasangan, teman dan kesenangan di masa lalu.

Perubahan pada kesehatan ditandai dengan menurunnya kesegaran fisik secara umum dan memburuknya kesehatan. Dimulai pada usia pertengahan 40 tahunan, terdapat peningkatan ketidakmampuan yang berlangsung dengan cepat. Masalah kesehatan secara umum pada usia ini mencakup kecenderungan untuk mudah lelah, telinga berdengung, sakit pada otot, kepekaan kulit, pusing-pusing biasa, sakit pada lambung, kehilangan selera makan.

Faktor yang mempengaruhi kesehatan fisik individu di usia ini diantaranya:

a) Faktor keturunan
b) Riwayat kesehatan masa lampau
c) Tekanan emosi dalam hidup
d) Kemauan untuk menyesuaikan diri dengan pola hidup untuk mengubah kondisi jasmani

4). Penilaian tentang penyesuaian sosial usia dewasa akhir

Penyesauian sosial pada setiap usia ditentukan oleh dua faktor:

a. Sejauh mana seorang dapat memainkan peran sosial secara tepat sesuai dengan apa yang diharapkan.
b. Seberapa banyak kepuasan yang diperoleh seseorang.

Karena peran ini sangat penting dalam mengembangkan tugas seseorang sesama usia ini, maka diperlukan juga faktor-faktor penting yang menyebabkan orang di usia ini mempunyai fungsi sosial yang baik:

- Kesehatan yang baik menyebabkan orang dapat berpartisipasi dalam kegiatan sosial.
- Kaitan yang erat dengan kegiatan sosial dapat melahirkan motivasi yang perlu untuk ambil bagian dalam kegiatan sosial.
- Kemahiran dan ketrampilan sosial yang diperoleh sebelumnya dapat memperkuat kepercayaan diri dan dapat mempermudah masalah sosial.
- Status sosial yang sesuai dengan teman sebayanya tentang keinginan kelompok sosial yang memungkinkan bergabung dengan organisasi masyarakat.
- Kemauan untuk berperan sebagai pengikut dengan ikhlas walaupun peran kepemimpinan biasa dipegang oleh mereka orang dewasa.

6. Lanjut Usia

Lanjut usia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun keatas. Lansia merupakan suatu proses alami yang ditentukan oleh Tuhan Yang Maha Esa. Semua orang akan mengalami

proses menjadi tua dan masa tua merupakan masa hidup manusia yang terakhir. Dimasa ini seseorang mengalami kemunduran fisik, mental dan sosial secara bertahap.

WHO (1999) menggolongkan lanjut usia berdasarkan usia kronologis/biologis menjadi 4 kelompok yaitu usia pertengahan (*middle age)* antara usia 45 sampai 59 tahun, lanjut usia (*elderly)* berusia antara 60 dan 74 tahun, lanjut usia tua (*old)* usia 75 – 90 tahun, dan usia sangat tua (*Very old)* diatas 90 tahun.

Perubahan-Perubahan pada Lansia

Seiring dengan bertambahnya usia dan proses menua, terjadi perubahan-perubahan pada lansia yaitu:

1. **Perubahan Fisik**

   Perubahan sistem penglihatan pada lansia erat kaitannya dengan presbiopi. Lensa kehilangan elastisitas dan kaku, otot penyangga lensa lemah , ketajaman penglihatan dan daya akomodasi dari jarak jauh atau dekat berkurang. Pada sistem pendengaran terjadi presbiakusis (gangguan pada pendengaran) oleh karena hilangnya kemampuan (daya) pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada-nada yang tinggi. Pada sistem integumen (kulit) mengalami atrofi, kendur, tidak elastis, kering dan berkerut. Kekeringan kulit disebabkan atrofi glandula sebasea dan glandula sudoritera, timbul pigmen berwarna coklat pada kulit dikenal dengan *liver spot.* Perubahan kulit lebih banyak dipengaruhi oleh faktor lingkungan antara lain angin dan matahari, terutama sinar ultra violet (Nugroho, 2000).

   Perubahan kolagen sebagai pendukung utama pada kulit, tendon, tulang, kartilago, dan jaringan pengikat menjadi bentangan yang tidak teratur. Perubahan pada kolagen tersebut merupakan penyebab turunnya fleksibilitas pada lansia sehingga menimbulkan dampak berupa nyeri, penurunan kemampuan untuk meningkatkan kekuatan otot, kesulitan bergerak dari duduk ke berdiri, jongkok dan berjalan. Pada jaringan kartilago persendian lunak mengalami granulasi dan permukaan sendi menjadi rata sehingga rentan terhadap gesekan. Akibat perubahan itu sendi mudah mengalami peradangan, kekakuan, nyeri, keterbatasan gerak, dan terganggunya aktifitas sehari-hari. Kepadatan tulang berkurang mengakibatkan osteoporosis , nyeri, deformitas, dan beresiko fraktur. Perubahan struktur otot, penurunan jumlah dan ukuran serabut otot, peningkatan jaringan penghubung dan jaringan lemak pada otot mengakibatkan efek negatif. Dampak perubahan morfologis pada otot adalah penurunan kekuatan, penurunan fleksibilitas, peningkatan waktu reaksi dan penurunan kemampuan fungsional otot (Surini & Utomo, 2003).

   Perubahan sistem kardiovaskuler seperti ventrikel kiri mengalami hipertrofi, dan arteri kurang elastis dapat menyebabkan peningkatan nadi dan tekanan sistolik (Watson, 2003). Pada sistem respirasi terjadi perubahan jaringan ikat paru, kapasitas total paru tetap, tetapi volume cadangan paru bertambah untuk mengompensasi kenaikan ruang

rugi paru, sehingga udara yang mengalir ke paru berkurang. Perubahan pada otot, kartilago dan sendi torak mengakibatkan gerakan pernafasan terganggu dan kemampuan peregangan toraks berkurang.

Perubahan yang terjadi pada sistem pencernaan, seperti kehilangan gigi, indera pengecap menurun, adanya iritasi yang kronis dari selaput lendir, atropi indera pengecap (80%), hilangnya sensitifitas dari saraf pengecap di lidah terutama rasa tentang rasa asin, asam, dan pahit. Pada lambung, rasa lapar menurun (sensitifitas lapar menurun), asam lambung menurun, dan fungsi absorbsi melemah. Peristaltik usus melemah dan biasanya timbul konstipasi. Hati makin mengecil dan menurunnya tempat penyimpanan, berkurangnya aliran darah sehingga menimbulkan efek yang merugikan ketika diobati. Pada sistem perkemihan banyak fungsi yang mengalami kemunduran, seperti laju filtrasi, ekskresi, dan reabsorpsi oleh ginjal menurun. Hal ini akan memberikan efek dalam pemberian obat pada lansia karena kemampuan untuk mengekskresi obat atau produk metabolisme obat menurun. Pola berkemih tidak normal, seperti banyak berkemih di malam hari, sehingga mengharuskan mereka pergi ke toilet sepanjang malam. Hal ini menunjukkan bahwa inkontinensia urin meningkat (Ebersole and Hess, 2001).

Sistem susunan saraf mengalami perubahan anatomi dan atrofi yang progresif pada serabut saraf lansia. Lansia mengalami penurunan koordinasi dan kemampuan dalam melakukan aktifitas sehari-hari. Penuaan menyebabkan penurunan persepsi sensori dan respon motorik pada susunan saraf pusat, dan penurunan reseptor proprioseptif, hal ini terjadi karena susunan saraf pusat pada lansia mengalami perubahan morfologis dan biokimia, perubahan tersebut mengakibatkan penurunan fungsi kognitif. Terjadi penurunan koordinasi keseimbangan dan kekuatan otot, reflek, perubahan postur, dan peningkatan waktu reaksi. Hal ini dapat di cegah dengan pemberian latihan koordinasi dan keseimbangan serta latihan untuk menjaga mobilitas dan postur (Surini & Utomo, 2003).

Perubahan sistem reproduksi lansia ditandai dengan mengecilnya ovari, uterus, dan atrofi payudara. Pada laki-laki testis masih dapat memproduksi spermatosoa, meskipun adanya penurunan secara beransur-ansur. Dorongan seksual menetap sampai usia diatas 70 tahun (asal kondisi kesehatan baik), yaitu dengan kehidupan seksual dapat diupayakan sampai masa lanjut usia. Selaput lendir vagina menurun, permukaan menjadi halus, sekresi menjadi berkurang,dan reaksi sifatnya menjadi alkali (Watson, 2003).

2. Perubahan Kognitif

Pada lanjut usia, daya ingat (*memory*) merupakan salah satu fungsi kognitif yang seringkali paling awal mengalami penurunan. Daya ingat atau ingatan adalah kemampuan untuk menerima, mencamkan, menyimpan dan menghadirkan kembali rangsangan/peristiwa yang pernah dialami seseorang.. Ingatan jangka panjang (l*ong term memory*) kurang mengalami perubahan, sedangkan ingatan jangka pendek (*short term memory*) atau seketika 0-10 menit memburuk. Lansia akan kesulitan dalam

mengungkapkan kembali cerita atau kejadian yang tidak begitu menarik perhatiannya dan informasi baru seperti TV dan film.

Lansia tidak mengalami perubahan dengan informasi matematika (analitis, linier, sekuensial) dan perkataan verbal. Tetapi persepsi dan daya membayangkan (fantasi) menurun. Walaupun mengalami kontroversi, tes intelegensia kurang memperlihatkan adanya penurunan kecerdasan pada lansia (Cockburn & Smith, 1991 dikutip oleh Lumbantobing, 2006). Hal ini terutama dalam bidang vokabular (kosakata), ketrampilan praktis, dan pengetahuan umum. Fungsi intelektual yang stabil ini disebut sebagai *crystallized intelligent*. Sedangkan fungsi intelektual yang mengalami kemunduran adalah *fluid intelligent* seperti mengingat daftar, memori bentuk geometri, kecepatan menemukan kata, menyelesaikan masalah, kecepatan berespon, dan perhatian yang cepat teralih (Wonder & Donovan, 1984; Kusumoputro & Sidiarto, 2006)

Menurut Brocklehurst dan Allen (1987); Darmojo & Martono (2004), lanjut usia yang sehat dan tidak mengalami demensia masih memiliki kemampuan belajar yang baik, bahkan di negara industri maju didirikan *University of the third age* . Hal ini sesuai dengan prinsip belajar seumur hidup *(life-long learning)*, bahwa manusia itu memiliki kemampuan untuk belajar sejak dilahirkan sampai akhir hayat. Oleh karena itu, sudah seyogyanya jika mereka tetap diberikan kesempatan untuk mengembangkannya wawasan berdasarkan pengalaman (*learning by experience*). Implikasi praktis dalam pelayanan kesehatan jiwa (*mental health*) lanjut usia baik yang bersifat promotif-preventif, kuratif dan rehabilitatif adalah untuk memberikan kegiatan yang berhubungan dengan proses belajar yang sudah disesuaikan dengan kondisi masing-masing lanjut usia yang dilayani.

Kemampuan pemahaman (*comprehension*) atau menangkap pengertian pada lansia mengalami penurunan (Kuntjoro, 2002). Hal ini juga dipengaruhi oleh konsentrasi dan fungsi pendengarannya lansia yang mengalami penurunan. Dalam pelayanan terhadap lanjut usia agar tidak timbul salah paham sebaiknya dalam berkomunikasi dilakukan kontak mata (saling memandang). Dengan kontak mata, mereka akan dapat membaca bibir lawan bicaranya, sehingga penurunan pendengarannya dapat diatasi dan dapat lebih mudah memahami maksud orang lain. Sikap yang hangat dalam berkomunikasi akan menimbulkan rasa aman dan diterima, sehingga mereka akan lebih tenang, lebih senang dan merasa dihormati.

Pada lanjut usia masalah-masalah yang dihadapi tentu semakin banyak. Banyak hal yang dahulunya dengan mudah dapat dipecahkan menjadi terhambat karena terjadi penurunan fungsi indra pada lanjut usia. Hambatan yang lain dapat berasal dari penurunan daya ingat, pemahaman dan lain-lain, yang berakibat pemecahan masalah (*problem solving*) menjadi lebih lama. Pengambilan keputusan (*decission making*) yang termasuk dalam proses pemecahan masalah (*problem solving*) pada lansia juga mengalami perubahan. Pengambilan keputusan pada umumnya berdasarkan data yang terkumpul, kemudian dianalisa, dipertimbangkan dan dipilih alternatif yang dinilai positif (menguntungkan), kemudian baru diambil suatu keputusan. Pengambilan

keputusan pada lanjut usia sering lambat atau seolah-olah terjadi penundaan. Oleh sebab itu, mereka membutuhkan petugas atau pendamping yang dengan sabar sering mengingatkan mereka. Keputusan yang diambil tanpa dibicarakan dengan mereka, akan menimbulkan kekecewaan dan mungkin dapat memperburuk kondisinya. Oleh karena itu dalam pengambilan keputusan, kaum tua tetap dalam posisi yang dihormati (Ebersole and Hess, 2001).

Menurut Kuntjoro (2002), pada lansia semakin bijaksana dalam menghadapi suatu permasalahan. Bijaksana (*wisdom)* adalah aspek kepribadian (*personality*) dan kombinasi dari aspek kognitif. Kebijaksanaan menggambarkan sifat dan sikap individu yang mampu mempertimbangkan antara baik dan buruk serta untung ruginya sehingga dapat bertindak secara adil atau bijaksana. Kebijaksanaan sangat tergantung dari tingkat kematangan kepribadian seseorang dan pengalaman hidup yang dijalani. Atas dasar hal tersebut, dalam melayani lanjut usia harus dengan penuh bijaksana sehingga kebijaksanaan yang ada pada masing-masing individu yang dilayani tetap terpelihara.

Pada lanjut usia memang akan terlihat penurunan kinerja (*performance)* baik secara kuantitatif maupun kualitatif. Perubahan *performance* yang membutuhkan kecepatan dan waktu mengalami penurunan secara signifikan (Lumbantobing, 2006).

3. **Perubahan Spiritual**

Agama atau kepercayaan lansia makin berintegrasi dalam kehidupannya (Maslow, 1976; Stuart dan Sundeen, 1998). Lansia makin teratur dalam kehidupan keagamaannya. Hal ini dapat dilihat dalam berfikir dan bertindak sehari-hari (Murray dan Zentner, dikutip Nugroho, 2000). Spiritualitas pada lansia bersifat universal, intrinsik dan merupakan proses individual yang berkembang sepanjang rentang kehidupan. Lansia yang telah mempelajari cara menghadapi perubahan hidup melalui mekanisme keimanan akhirnya dihadapkan pada tantangan akhir yaitu kematian. Harapan memungkinkan individu dengan keimanan, spiritual atau religius untuk bersiap menghadapi krisis kehilangan dalam hidup sampai kematian.

Satu hal pada lansia yang diketahui sedikit berbeda dari orang yang lebih muda yaitu sikap mereka terhadap kematian. Hal ini menunjukkan bahwa lansia cenderung tidak terlalu takut terhadap konsep dan realitas kematian. Pada tahap perkembangan usia lanjut merasakan atau sadar akan kematian (s*ense of awareness of mortality*).

4. **Perubahan Psikososial**

Perubahan psikososial yang dialaminya oleh lansia antara lain pensiun, terjadi perubahan kepribadian, perubahan dalam peran sosial di masyarakat, penurunan fungsi dan potensi seksual.

Pensiun sering dikatakan secara salah dengan kepasifan atau pengasingan. Dalam kenyataannya pensiun adalah tahap kehidupan yang dicirikan oleh adanya transisi dan perubahan peran yang menyebabkan stres psikososial. Usia wajib pensiun bervariasi, contohnya pegawai negeri sipil (PNS) pada usia 65 tahun, sedangkan industri swasta hak pensiun biasanya antara usia 62 tahun dan 70 tahun, dan juga mungkin pensiun pada usia 55 tahun (Potter dan Perry, 2004).

Nilai seseorang sering di ukur oleh produktivitasnya dan identitas yang dikaitkan dengan peran dalam pekerjaan. Hilangnya kontak sosial dari area pekerjaan membuat seseorang lansia pensiunan merasakan kekosongan, dan secara tiba-tiba merasakan begitu banyak waktu luang yang ada di rumah disertai dengan sedikitnya hal-hal yang dapat dijalani. Meskipun pensiun karena alasan kesehatan, masalah-masalah yang berputar di sekitar pensiun berkaitan erat dengan pertimbangan atas jabatan dan keadaan keuangan (Gallo, 1998).

Menurut Darmojo dan Martono (2004), bila seseorang pensiun (purna tugas), ia akan mengalami kehilangan-kehilangan antara lain:

a. Kehilangan penghasilan
   Pada umumnya, di manapun, pemasukan uang pada seseorang yang pensiun akan menurun, kecuali pada orang yang sangat kaya dengan tabungan yang melimpah.
b. Kehilangan Status
   Terutama ini terjadi bila sebelumnya orang tersebut mempunyai jabatan dan posisi yang cukup tinggi, lengkap dengan fasilitasnya.
c. Kehilangan Teman atau Kenalan
   Mereka akan jarang sekali bertemu dan berkomunikasi dengan teman sejawat yang sebelumnya tiap hari dijumpainya, hubungan sosialnya pun akan hilang atau berkurang.
d. Kehilangan Kegiatan atau Pekerjaan
   Kehilangan kegiatan atau pekerjaan yang teratur dilakukan setiap hari, ini berarti bahwa rutinitas yang bertahun-tahun telah dikerjakan akan hilang.

BAB 4

Kesehatan Jiwa Masyarakat

A. Pendahuluan

Diera globalisasi dan modernisasi akibat kemajuan teknologi membawa perubahan gaya hidup masyarakat modern dan perubahan dalam cara berpikir. Perubahan tersebut akan membawa konsekuensi dibidang kesehatan jiwa karena tidak semua orang mampu menyesuaikan diri, akibatnya akan menimbulkan ketegangan dan kecenderungan peningkatan gangguan kesehatan jiwa.

Gangguan jiwa dan perilaku menurut WHO tahun 2001 kira-kira 25 % dari seluruh penduduk pada suatu masa dari hidupnya. Lebih dari 40 persen diantaranya tidak tertangani secara tepat, sehingga menghabiskan biaya untuk penanganannya. Gangguan jiwa dan perilaku dialami pada suatu ketika oleh kira-kira 10% populasi orang dewasa. Data yang didapat dari Pusat Kesehatan Masyarakat (puskesmas), sekitar 30% dari seluruh penderita yang ditangani adalah gangguan jiwa.

Menurut penelitian di Indonesia, dalam satu keluarga dari 4 keluarga yang diteliti terdapat 1 orang dengan keluhan gangguan jiwa dan perilaku. Keluarga bukan hanya sebagai stressor, dukungan fisik dan emosional tetapi juga menanggung akibat stigma dan diskriminasi. Dampak gangguan jiwa tidak hanya bagi individu, tetapi juga keluarga dan masyarakat. Seseorang yang mengalami gangguan jiwa, selain biaya perawatan yang banyak, kehilangan waktu yang produktif, dan masalah yang berkaitan dengan hukum karena melakukan tindak kekerasan maupun penganiayaan.

Program kesehatan jiwa di masyarakat sangat dibutuhkan untuk mengatasi hal tersebut diatas. Fungsi program kesehatan jiwa ini tidak hanya untuk mencegah, tetapi juga

meningkatkan kesehatan jiwa masyarakat dengan mengoptimalkan sumberdaya diri agar mampu menghadapi stressor hidup dan meningkatkan prestasi yang telah diraih.

B. Stressor Kesehatan Jiwa di Masyarakat

Berbagai macam persoalan yang ada dimasyarakat dapat menghambat kesehatan jiwa masyarakat, sehingga menimbulkan stress dan gangguan jiwa. Stressor-stressor tersebut seperti dibawah ini:

1. Timbulnya pengharapan yang berlebihan
   Era globalisasi dan kesejagatan tanpa batas membuat masyarakat dapat mengikuti perkembangan di dunia lain. Tanpa adanya filtrasi dan batasan mengakibatkan masyarakat cenderung mengikuti apa yang ada di dunia lain tanpa melihat dan menoleh keadaan diri yang berbeda. Munculnya modernisasi pasar (sebut mall, plaza, mega grosir dll) yang mampu menggeser pasar tradisional, memacu masyarakat untuk bergaya hidup metropolis, hedonisme, dan egoistis. Gaya hidup yang serba instant dan tanpa mengindahkan nilai-nilai dan budaya, membuat masyarakat hidup dalam dunia 'mimpi'.
2. Meningkatnya Kebutuhan
   Untuk meningkatkan rasa harga diri, kebutuhan akan persyaratan hidup bertambah, baik dalam bidang pendidikan maupun materiil seperti perbaikan rumah, perlengkapan, alat transportasi dan lain-lain. Kebutuhan yang sudah terpenuhi dirasa tidak cukup karena 'iming-iming' modernisasi yang kuat, tidak jarang menimbulkan efek negative bagi individu dan kehidupan social. Rasa frustasi, cemas, dan persaingan tidak sehat yang menghalalkan segala cara menjadi suatu hal yang dianggap biasa.
3. Penerapan Tehnologi Modern
   Untuk menyeimbangkan pengharapan dan kebutuhan serta mengikuti kemajuan zaman, pengembangan tehnologi modern untuk meningkatkan kemudahan bagi manusia. Dalam waktu singkat industri-industri modern, bangunan besar, pelebaran jalan untuk memperlancar perekonomian dan pasar-pasar besar berdiri.

   Penerapan tehnologi modern dapat mengubah tata cara kehidupan masyarakat apabila tidak siap secara mental. Mutakhirnya alat komunikasi seperti televisi dan internet mempercepat masuknya pengaruh budaya luar yang dapat mengubah budaya asal. Cepatnya perubahan budaya dapat menimbulkan pertentangan dalam masyarakat (*culture lag*).
4. Urbanisasi
   Negara berkembang salah satu ciri utamanya adalah urbanisasi. Penerapan tehnologi modern yang membutuhkan tenaga lebih mengakibatkan perpindahan penduduk dari desa ke kota (urbanisasi) untuk bekerja atau menikmati perubahan hidup kota. Urbanisasi yang luas dan cepat akan mengubah tradisi keluarga dari *extended family* menjadi keluarga inti (*nuclear family)*. Kecenderungan perubahan bentuk keluarga akan

membawa dampak kebutuhan fisik yang meningkat seperti perumahan, dan pengasuhan anak yang berubah karena kesibukan orangtuanya.

5. Kepadatan Penduduk
   Keberhasilan tehnologi kesehatan dalam menurunkan angka kematian, pencegahan penyakit dan pengobatan yang tepat guna berdampak pada jumlah penduduk yang meningkat dengan luas wilayah yang tetap, sehingga kepadatan penduduk bertambah. Kepadatan penduduk membawa permasalahan dalam kesehatan jiwa karena masalah interaksi dan komunikasi serta pergesekan antar penduduk.

C. Masalah Kesehatan Jiwa Masyarakat

Permasalahan kesehatan jiwa di masyarakat yang kompleks akibat perubahan social dan implikasinya secara luas tidak hanya social, ekonomi, fisik, psikologi, tetapi juga perubahan budaya. Secara garis besar masalah kesehatan jiwa di masyarakat sebagai berikut:

1. Masalah Perkembangan Manusia dan Kualitas Hidup

Sepanjang perkembangan hidup manusia (*life cycle*) terdapat tugas perkembangan dan titik kritis yang harus dihadapi agar dapat adaptif menghadapi perubahan akibat perkembangan kehidupan. Mulai dari manusia dilahirkan didunia sampai dengan menjelang ajal kematian, dihadapkan pada stressor yang dapat mengakibatkan gangguan kesehatan jiwa.

Kualitas hidup masyarakat Indonesia (*human development indeks*/HDI) pada tahun 1999 berada pada peringkat 105 dari 180 negara. Tahun 2000 turun menjadi peringkat 108, dan pada tahun 2002 naik pada peringkat 112. Kualitas hidup dan kesejahteraan ini integrasi dari keadaan kesehatan, pendidikan dan ekonomi.

2. Masalah Psikososial

Dampak perubahan social terhadap kesehatan jiwa mengakibatkan permasalahan psikososial yang beragam di masyarakat seperti:

a. Pemukiman tidak sehat
b. Masalah akibat pemindahan tempat tinggal (*dislocation*)
c. Masalah gelandangan psikotik (GP)
d. Korban pemasungan
e. Masalah anak jalanan (ANJAL)
f. gelandangan dan pengemis (GEPENG)
g. Masalah anak dan remaja seperti tawuran dan kenakalan
h. Penyalahgunaan NAPZA
i. Masalah penyimpangan dan pelecehan sexual
j. Kekerasan social

k. Masalah pengungsi dan migrasi
l. Permasalahan lanjut usia terisolasi
m. Masalah Kesehatan kerja seperti kesehatan jiwa kerja, produktifitas menurun, dan stress di tempat kerja.

3. Masalah Gangguan Jiwa

Gangguan jiwa yang ada dimasyarakat seperti gangguan mental organic (GMO), Skizofrenia, gangguan mood disorder seperti depresi dan mania, ansietas, ganguan tidur, makan dan sexual. Gangguan kepribadian dan perilaku, retardasi mental, autisme, hiperkinetik dan gangguan perilaku pada anak dan remaja.

D. Upaya Kesehatan Jiwa Masyarakat

Dalam upaya meningkatkan kesehatan jiwa masyarakat dan mengurangi angka gangguan kesehatan jiwa di masyarakat, diperlukan upaya-upaya yang terpadu, komprehensif dan berkesimnambungan. Upaya tersebut seperti:

1. Promosi Kesehatan Jiwa

Upaya peningkatan kesehatan jiwa (promosi) seringkali digolongkan bagian dari upaya pencegahan (prevensi). Perlmutter, 1982 dalam Notosoedirjo (2005) secara tegas membedakan antara promosi kesehatan dengan prevensi kesehatan. Prevensi primer sasarannya adalah masyarakat kelompok resiko, sedangkan promosi untuk keseluruhan masyarakat. Promosi kesehatan merupakan aktifitas yang didesain untuk meningkatkan kompetensi, koherensi, dan control bagi seseorang, sehingga mereka lebih efektif dan hidup puas dalam kehidupan social yang lebih baik.

Promosi kesehatan jiwa sebagai upaya meningkatkan, memperkuat, dan mengoptimalkan semua potensi dan kemampuan mental masyarakat. Promosi kesehatan masyarakat merupakan tugas utama yang harus diupayakan agar tidak jatuh sakit, tetapi agar berkembang optimal sesuai dengan kemampuan dan potensinya untuk meningkatkan kesehatan dn kesejahteraan.

Motivasi dan pendidikan kesehatan adalah bagian utama dari promosi kesehatan. Upaya meningkatkan kesehatan juga dengan konsumsi gizi, rekreasi, pendidikan untuk membangun kompetensi social dan akademik, sehingga dapat meningkatkan ketahanan emosional dari tekanan lingkungan. Meningkatkan kemampuan pemecahan masalah (*coping behavior*), dan mengurangi perilaku destruktif serta penyesuaian lingkungan.

Promosi kesehatan jiwa juga mencakup pemberian makanan terstandar sesuai tahap perkembangan, aktifitas merealisasikan kebutuhan untuk mengoptimalkan perkembangan kepribadian seperti penyediaan sarana rekreasi, perumahan yang memadai, pengaturan tempat kerja yang nyaman. Aspek genetic juga menjadi perhatian promosi kesehatan jiwa.

Pelayanan yang berhubungan peningkatan kualitas keturunan dilakukan tidak hanya setelah seseorang lahir, tetapi jauh dimulai sejak dalam kandungan dan pra nikah. Dalam promosi kesehatan jiwa dengan memanfaatkan semua sumber-sumber yang ada bahkan kalau perlu dengan rekayasa social, sehingga masyarakat dapat mencapai tumbuh kembang dengan optimal.

Pengembangan program promosi kesehatan akan lebih efektif jika system social terintegrasi dengan agen-agen social yang bertugas memberikan pelayanan kesehatan dan kesejahteraan seperti sekolah, kelompok bermain, dan keluarga. Upaya untuk meningkatkan kesehatan bisa melalui upaya pendidikan kesehatan melalui ceramah, publikasi elektronik, cetak dan berbagai propaganda kesehatan jiwa. Usaha yang lain seperti konsumsi nutrisi yang bergizi, konseling pranikah, pendidikan seks, konseling genetic sejak dini, dan antisipasi bimbingan untuk anak.

Program promosi kesehatan jiwa dapat dikembangkan melalui:

1. Meningkatkan kemampuan dan ketrampilan social pada orangtua, wanita, dan pasangan suami-istri
2. Meningkatkan ketrampilan hubungan interpersonal yang bersifat khusus, seperti asertif, komunikasi, pemecahan konflik, dan mekanisme koping.
3. Membantu individu menjalankan tahap perkembangan khusus dan transisi, seperti memulai sekolah, memasuki masa remaja, pengalaman menjadi orangtua, pensiun, dan masa tua.
4. Membantu orang menangani situasi yang menimbulkan stress, seperti perceraian, perpisahan, orangtua tunggal, menjanda, sakit kronis, tidak bekerja, kesakitan, ketidakmampuan, masa tua, dan anggota keluarga meninggal dunia.

Tabel

Aktifitas promosi kesehatan jiwa untuk kelompok usia

Kelompok usia	Aktifitas
Bayi	Untuk orangtua: - informasi perawatan kesehatan anak - Program perawatan harian - Pelatihan dan pendidikan pengasuhan - Pendidikan dan informasi pemberian makan - Informasi kesehatan pranatal
Anak-anak	Untuk orangtua: - Informasi dan pendidikan perawatan pengasuhan - Pendidikan dan sekolah dasar - Pemberian kesempatan bermain dan berinteraksi dg sebaya
Remaja	- Sekolah sesuai dengan bakat - Olahraga dan beraktifitas - Belajar menjalankan peran baru di lingkungan sosialnya - Bimbingan dan konseling pranikah

Kelompok usia	Aktifitas
Dewasa	- Penempatan kerja yang sesuai - Pengurangan dan manajemen stress - Peningkatan interaksi dengan anggota keluarga dan lingkungan social
Lanjut Usia	- Konseling proses menua dan resiko kesehatan - Pemberian peran yang relevan dengan masa lalu - Peningkatan kontak social di keluarga dan lingkungan sosialnya.

2. Prevensi Primer

Usaha yang lebih progresif dalam usaha pencegahan gangguan kesehatan jiwa di masyarakat lebih baik daripada penanganan gangguan jiwa. Prevensi jenis ini disebut prevensi primer yang didesain untuk mengurangi insiden gangguan atau kemungkinan terjadi insiden dalam populasi dalam resiko. Tujuan prevensi primer ini adalah mengurangi resiko terjadinya gangguan jiwa dan menunda atau menghindari munculnya gangguan jiwa.

Prevensi primer merupakan kegiatan yang bersifat proaktif, berbasis pada masyarakat, mengantisipasi gangguan yang potensial untuk populasi yang berada dalam resiko, sebelum intervensi diberikan langsung untuk mengurangi insiden atau gangguan melalui upaya mengurangi situasi/iklim yang membahayakan yang memberi kontribusi pada gangguan, melalui upaya meningkatkan kekuatan mosional masyarakat dalam resiko agar terproteksi dan lebih kompeten.

Secara prinsip, prevensi primer dibatasi sebagai berikut:

1. Prevensi harus lebih berorientasi pada kelompok masyarakat daripada individu, meskipun dalam beberapa aktifitas ada kontak individu.
2. Prevensi harus suatu kualitas dari fakta sebelumnya yaitu ditargetkan pada kelompok yang belum mengalami gangguan.
3. Prevensi primer harus disengaja yang bersandar pada dasar pengetahuan yang dimanifestasikan pada meningkatkan kesehatan jiwa dan mencegah perilaku maladaptive.

Prevensi primer dapat dilakukan dengan cara memodifikasi lingkungan dan memperkuat kapasitas individu atau masyarakat dalam mengatasi situasi. Memodifikasi lingkungan berarti mengubah, memperbaiki, atau menghilangkan lingkungan fisik-biologis dan social yang menganggu dan dapat berakibat gangguan kesehatan jiwa. Memperkuat kapasitas individu dengan konseling keluarga, pendidikan kesehatan jiwa, peningkatan kondisi kesehatan dan kehidupan selama kehamilan, mengurangi kondisi lingkungan yang kurang baik, serta mengurangi kesulitan psikososial dalam dunia kerja. Jika prevensi primer ini berhasil, maka insiden dalam masyarakat akan menurun.

3. Prevensi Sekunder

Gangguan mental yang dialami masyarakat sedapat mungkin secepatnya dicegah dengan jalan mengurangi durasi suatu gangguan. Misalnya suatu gangguan berlangsung durasi satu bulan, maka sebaiknya dicegah dan diperpendek durasinya. Pencegahan ini disebut dengan pencegahan sekunder.

Prevensi sekunder berarti upaya pencegahan untuk mengurangi durasi gangguan yang diakibatkan kegagalan atau tidak adanya upaya dalam pencegahan primer. Sasaran pokoknya adalah populasi yang sudah menderita gangguan jiwa. Dengan memperpendek durasi suatu ganguan, maka dapat membantu mengurangi angka prevalensi gangguan jiwa di masyarakat. Jika prevensi sekunder ini berhasil, dapat memperbaiki kesehatan jiwa di masyarakat, secara ekonomis lebih ringan dibandingkan prevensi tersier dan mengurangi angka masuk rumah sakit bagi kasus gangguan jiwa.

Kegiatan utama prevensi sekunder adalah diagnosis awal (early detection) dan penanganan secepatnya secara efektif (prompt treatment). Pemeriksaan sesegera mungkin untuk mengetahui factor-faktor penyebab, dan kemungkinan cara penanganannya. Diagnosis ini dengan cara skrining (pemeriksaan dengan alat-alat tersedia) sebagai seleksi awal terhadap masyarakat yang beresiko dan apabila ditemukan segera dirujuk kepada pihak-pihak yang berkopenten untuk memperoleh penanganan.

Penanganan secepatnya oleh pihak yang mampu menangani tidak selalu dengan hospitalisasi, bahkan lebih baik jika non-hospitalisasi. Dalam penanganan ini dapat dilakukan intervensi krisis, pemberian psikoterapi, dan cara-cara lain sesuai permasalahan. Penanganan gangguan jiwa denga prevensi sekunder tetap mengeluarkan biaya social dan ekonomi, sekalipun pencegahan ini diharapkan mampu mengurangi prevalensi gangguan.

4. Prevensi Tersier

Orang yang mengalami gangguan jiwa, apalagi sampai terganggunya kemampuan fungsional seseorang, maka diperlukan pencegahan untuk mempertahankan kemampuan yang masih tersisa, mencegah agar gangguannya tidak terus berlangsung, dan segera pulih dan berfungsi sebagaimana mestinya. Pencegahan jenis ini yang disebut prevensi tersier.

Sasaran dalam prevensi tersier ini adlaah kelompok masyarakat yang mengalami gangguan jiwa jangka panjang atau yang masih akut dan berakibat menurunnya kapasitas dalam kaitan dengan kerja, hubungan social atau personalnya sehingga mampu bersosialisasi dengan lingkungan sosialnya. Prevensi ini memiliki pengertian sama dengan rehabilitas tetapi penekanannya berbeda. Caplan, 1963 dalam Notosoedirjo (2005) mengemukakan bahwa rehabilitasi lebih bersifat individual dan mengacu pada pelayanan medis, sementara prevensi tersier menekankan pada komunitas dan intervensi anti-hospitalisasi.

Sebagai bentuk anti-hospitalisasi jangka panjang (long-term hospitalization), dalam prevensi tersier diupayakan kelompok sasaran belajar meninggalkan peran sakitnya, dan bertahap menjalankan tugas dan kewajiban sebagaimana orang sehat dengan 'mengeluarkannya' dari rumah sakit atau institusi yang membatasi sosialisasinya. Prevensi tersier diberikan pada orang sakit yang terjadi penurunan kemampuan dan fungsi social personalnya. Adalah terlalu mahal biaya secara ekonomi, social dan personal jika penanganan gangguan jiwa di masyarakat dilakukan hanya dengan prevensi tersier, sehingga lebih efektif jika menggabungkan dengan prevensi sekunder, primer dan promosi kesehatan jiwa.

E. Prinsip Kesehatan Jiwa Masyarakat

Kesehatan jiwa masyarakat menekankan pada prinsip-prinsip pencegahan sebagai berikut:

1. Menekankan pada praktik di masyarakat dibandingkan dengan lembaga khusus seperti rumah sakit jiwa.
2. Berusaha meningkatkan pelayanan dan program yang diarahkan pada masyarakat secara keseluruhan dibandingkan pada individu.
3. Pelayanan pencegahan sebagai prioritas tertinggi dibandingkan dengan usaha terapi.
4. Petugas memberikan pelayanan tidak langsung seperti konsultasi, pendidikan kesehatan jiwa, pelatihan pada Pembina masyakat (training of trainer) seperti pada guru, perawat kesehatan masyarakat, bidan dan yang lainnya.
6. Pengembangan strategi klinis yang inovatif untuk kesehatan jiwa masyarakat, seperti intervensi klinis.
7. Ada keterikatan antara pengendalian demografi masyarakat dengan program kesehatan jiwa masyarakat.
8. Mengidentifikasi sumber-sumber stress di masyarakat dan tidak meremehkan terjadinya gangguan yang bersifat individual.

Perbedaan pendekatan pencegahan gangguan kesehatan jiwa masyarakat dengan pendekatan terapi konvensional seperti berikut:

Aspek	Kesehatan Jiwa Masyarakat	Pelayanan Konvensional
1. Lokasi Intervensi	Di masyarakat	Di lembaga kesehatan jiwa
2. Tingkat Intervensi	Menekankan pd seluruh masyarakat	Menekankan pada klien individu
3. Bentuk pelayanan	Preventif	Menekankan pd terapi
4. Cara pelayanan	Pelayanan tdk langsung mell. Konsultasi dan pendidikan	Pelayanan klinis langsung ke klien
5. Strategi	Populasi jumlah besar dengan psikoterapi dan intervensi krisis	Psikoterapi

Aspek	Kesehatan Jiwa Masyarakat	Pelayanan Konvensional
6. Perencanaan	Perencanaan rasional	Tanpa direncanakan
7. Personal	Profesional kesehatan jiwa dan tenaga lain	Profesional kesehatan jiwa tradisional (mis. Psikiater)
8. Asumsi penyebab	Lingkungan menyebabkan gangguan jiwa	Intra psikis menyebakan gangguan jiwa
9. Pusat pengendalian	Saling bertanggungjawab professional dan masyarakat	Profesional mengendalikan pelayanan.

Unit 2

KONSEP DASAR KEPERAWATAN JIWA

5. Keperawatan Jiwa
6. Hubungan Terapeutik Perawat dan Klien
7. Aspek Spiritual dan Psikosexual dalam Keperawatan
8. Proses Keperawatan Jiwa

BAB 5

Keperawatan Jiwa

A. Pengertian

Menurut American Nursing Assosiation (ANA) keperawatan jiwa adalah area khusus dalam praktek keperawatan yang menerapkan teori perilaku manusia sebagai ilmunya dan penggunaan diri sendir secara terapeutik untuk meningkatkan, mempertahankan dan memulihkan kesehatan jiwa pada fungsi yang terintegrasi dalam kondisi sehat dan sakit. Keadaan sehat atau sakit bisa dilihat dari prestasi kerja, hubungan interpersonal, penggunaan waktu senggang dan keharmonisan fungsi jiwa.

B. Ruang Lingkup Pelayanan Keperawatan Jiwa

Dalam pelayanan keperawatan kesehatan jiwa, ada 4 faktor utama yang membantu pelayanan keperawatan jiwa:

1. Legislasi Keperawatan
   Perawat psikiatri mempunyai hak dan kewajiban dan tanggung jawab diantaranya sebagai pemberi asuhan keperawatan, sebagai pegawai dan sebagai warga Negara.
   Mal Praktik adalah kegagalan seorang professional untuk memberikan asuhan yang mengakibatkan hal yang membahayakan
2. Kualifikasi Perawat
   Meliputi pendidikan perawat, pengalaman kerja dan status sertifikasi.

3. Tatanan Praktik Keperawatan
   Rentang asuhan keperawatan jiwa bergeser dari tatanan tradisional ke tatanan alternative. Tatanan tradisional meliputi fasilitas psikiatri, pusat kesehatan mental masyarakat, unit psikiatri RSU, fasilitas tempat tidur dan praktek pribadi. Tatanan alternative meliputi pelayanan dirumah, program rawat inap partial, pusat-pusat penitipan, panti asuhan, klinik pelayanan utama, hospice, asossiasi perawat kunjungan, unit kedaruratan, sekolah, industri, organisasi pemeliharaan kesehatan.
4. Tingkat Kompetensi Perawat
   Meliputi komunikasi**,** fungsi peran pendidikan**,** pengkoordinasian**,** pendelegasian dan kolaborasi.

C. Peran Dan Fungsi Perawat Jiwa

1. Pencegahan Primer

Adalah intervensi biologi, social dan psikologi yang bertujuan meningkatkan kesehatan, pencegahan penyakit, dan menurunkan angka insiden penyakit dengan mengubah factor-faktor penyebab sebelum membahayakan.

Meliputi:

- Health Education
- Memodifikasi lingkungan
- Identifikasi stressor kelompok resiko
- Dukungan system social
- Konsultasi kesehatan jiwa pada pelayanan kesehatan kelompok
- Kelas persiapan menjadi orangtua

2. Pencegahan Sekunder

Aktifitas pencegahan untuk menurunkan angka kelainan dengan penemuan kasus dini, deteksi dini, skrinning dan tindakan efektif yang cepat.

Meliputi:

- Psikoterapi
- Intervensi krisis
- Penemuan kasus dan rujukan
- Pelayanan kedaruratan
- Pengkajian dan pemeriksaan
- Pengobatan

3. Pencegahan Tertier

Aktifitas untuk mengurangi keparahan, menurunkan gangguan dan kecacatan. Meliputi:

- Rencana pulang klien
- Rehabilitasi
- Memantau perawataaan rumah, *half way house*, *foster care home*.
- Perawatan mandiri
- Advocate klien terhadap hak-haknya
- Rujuk *self group*.

D. Standar Praktik Keperawatan Jiwa

Menguraikan tingkat kompetensi asuhan keperawatan professional dan kinerja professional yang umum untuk perawat yang terlibat ditiap tatanan praktek keperawatan jiwa.

Standar pelayanan keperawatan jiwa merupakan standar normative dan empiris bagi perawat yang bertujuan untuk:

- Meningkatkan mutu pelayanan keperawatan
- Meningkatkan kualitas asuhan keperawatan
- Menurunkan biaya perawatan
- Melindungi perawat dan klien

1. Standar Asuhan Keperawatan

a. Standar I; Pengkajian
   Perawat kesehatan jiwa mengumpulkan data kesehatan klien. Wawancara pengkajian memerlukan ketrampilan komunikasi efektif secara linguistic dan cultural, observasi perilaku, tinjauan data dasar dan pengkajian yang komprehensif, sehingga memungkinkan perawat psikiatri membuat penilaian klinis dan rencana tindakan yang tepat pada klien.
b. Standar II; Diagnosa Keperawatan
   Perawat kesehatan jiwa psikiatri menganalisa data pengkajian dalam menentukan diagnosa keperawatan. Disini termasuk pengenalan dan pengidentifikasian pola respon terhadap masalah kesehatan jiwa yang actual maupun resiko.
c. Standar III; Identifikasi Hasil
   Perawat kesehatan jiwa mengidentifikasi hasil yang diharapkan dan bersifat individual untuk klien. Tujuan yang paling utama adalah mempengaruhi hasil kesehatan dan meningkatkan status kesehatan klien.

d. Standar IV; Perencanaan
   Perawat mengembangkan rencana yang menggambarkan intervensi unuk mencapai hasil yang diharapkan.
e. Standar V; Implementasi
   Perawat mengimplementasikan intervensi yang teridentifikasi dalam rencana asuhan yang luas yang dirancang untuk mencegah penyakit fisik dan mental, meningkatkan, mempertahankan dan memulihkan kesehatan.
   Implementasi perawat kesehatan jiwa meliputi:
   1. Konseling
      Intervensi konseling untuk membantu klien meningkatkan atau memperoleh kembali kemampuan koping, memelihara kesehatan mental dan mencegah penyakit atau ketidakmampuan
   2. Terapi lingkungan
      Perawat memberikan, membentuk dan mempertahankan suatu lingkungan yang terapeutik dalam kolaborasinya dengan klien dan petugas kesehatan yang lain.
   3. Aktifitas asuhan mandiri
      Perawat membentuk intervensi sekitar aktifitas kehidupan sehari-hari klien untuk memelihara asuhan mandiri dan kesejahteraan fisik dan mental.
   4. Intervensi psikobiologis
      Perawat menggunakan pengetahuan intervensi psikobiologis dan menerapkan ketrampilan klinis untuk memulihkan kesehatan klien dan mencegah ketidakmampuan lebih lanjut.
   5. Penyuluhan kesehatan
      Perawat melalui penyuluhan kesehatan membantu klien dalam mencapai pola kehidupan yang memuaskan, produktif dan sehat.
   6. Manajemen kasus
      Perawat menyajikan manajemen kasus untuk mengkoordinasi pelayanan kesehatan yang komprehensif serta memastikan kesinambungan asuhan.
   7. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan
      Perawat menerapkan strategi dan intervensi untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan jiwa dan mencegah penyakit jiwa.
   8. Psikoterapi
      Perawat yang bersertifikasi menggunakan psikoterapi individu, kelompok dan keluarga untuk membantu memelihara kesehatan jiwa, mencegah penyakit jiwa dan ketidakmampuan, serta memperbaiki atau mencapai kembali status kesehatan dan kemampuan fungsional klien.
   9. Preskripsi agen farmakologis
      Spesialis yang bersertifikasi menggunakan agen farmakologi sesuai dengan peraturan kewenangannya untuk mengatasi gejala-gejala gangguan jiwa dan meningkatkan status kesehatan fungsional.

10. Konsultasi
    Perawat bersertifikasi memberikan konsultasi kepada pemberi pelayanan kesehatan dan lainnya untuk mempengaruhi rencana asuhan klien, memperkuat kemampuan yang lain untuk memberikan pelayanan kesehatan jiwa serta membawa perubahan dalam system pelayanan kesehatan jiwa.

f. Standar VI; Evaluasi
   Perawat kesehatan jiwa mengevaluasi perkembangan klien dalam mencapai hasil yang diharapkan. Asuhan keperawatan adalah proses dinamik yang melibatkan perubahan dalam status kesehatan klien sepanjang waktu, pemicu kebutuhan terhadap data baru, berbagai diagnosa dan modifikasi rencana asuhan. Oleh karena itu, evaluasi merupakan suatu proses yang berkesinambungan tentang pengaruh intervensi keperawatan dan regimen pengobatan terhadap status kesehatan klien dan hasil yang diharapkan.

2. Standar Kinerja Profesional

Menguraikan tingkat kompetensi perilaku dalam suatu peran professional, termasuk aktifitas yang berhubungan dengan kualitas asuhan, penilaian kinerja, pendidikan, hubungan dengan sjawat, etika, kolaborasi, penelitian dan pendayagunaan sumber. Semua perawat kesehatan jiwa diharapkan terlibat dalam aktifitas peran professional yang sesuai dengan pendidikan, jabatan dan tatanan praktik.

a. Standar I; Kualitas Asuhan
   Perawat kesehatan jiwa mengevaluasi secara sistematis kualitas asuhan dan keberhasilan praktik keperawatan jiwa. Sifat dinamik dari lingkup asuhan keperawatan jiwa dan pengetahuan keperawatan jiwa yang terus berkembang dan riset memberikan dorongan dan makna bagi perawajiwa untuk berkompeten dalam praktik klinik, untuk terus mengembangkan dan meningkatkan kualitas asuhan keperawatan klien secara professional.

b. Standar II; Penilaian Kinerja
   Perawat mengevaluasi praktik keperawatan jiwa dalam kaitannya dengan standar praktik professional dan relevan dengan statuta dan peraturan. Perawat bertanggung gugat terhadap masyarakat untuk memberikan asuhan klinik yang kompeten dan bertanggung jawab sebagai seorang yang professional untuk mengevaluasi peran dan kinerja praktik keperawatan sesuai standar yang telah disusun oleh profesi dan badan pengatur hokum.

c. Standar III; Pendidikan
   Perawat mengikuti dan mempertahankan pengetahuan dalam praktik keperawatan. Ekspansi pengetahuan yang cepat mengenai ilmu dasar dan ilmu perilaku, teknologi, system informasi dan riset memerlukan komitmen untuk belajar sepanjang karir professional perawat. Pendidikan formal, pendidikan berkelanjutan, sertifikasi dan belajar dari pengalaman merupakan cara perawat untuk meningkatkan keahlian keperawatan dan mengembangkan profesi.

d. Standar IV; Hubungan dengan sejawat
   Perawat kesehatan jiwa menyumbang pada perkembangan professional rekan sejawat dan lainnya. Perawat bertanggung jawab untuk berbagi pengetahuan, penelitian dan informasi klinis dengan rekan sejawat, melalui metode pengajaran secara formal maupun informal untuk meningkatkan pertumbuhan professional.
e. Standar V; Etika
   Keputusan dan tindakan perawat jiwa atas nama klien ditetapkan dengan sikap etis. Kepercayaan dan hak masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang manusiawi ditegakkan oleh praktik keperawatan professional. Landasan praktik adalah pengembangan hubungan terapeutik dengan klien. Perlu ditetapkan suatu batasan untuk melindungi kesejahteraan klien serta mencegah terjadinya keintiman.
f. Standar VI; Kolaborasi
   Perawat berkolaborasi dengan klien, orang terdekat dan pemberi pelayanan kesehatan lain dalam memberikan asuhan keperawatan. Praktik keperawatan jiwa memerlukan koordinasi, interaksi terus menerus dengan consumer dan pemberi pelayanan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif.
g. Standar VII; Riset
   Perawat menyumbang pada keperawatan dan kesehatan jiwa melalui penggunaan riset. Perawat bertanggungjawab untukmengembangkan bidang kesehatan jiwa lebih lanjut melalui peran sertanya dalam penelitian. Pada praktik tingkat dasar, perawat menggunakan temuan-temuan penelitian untuk meningkatkan asuhan klinik dan mengidentifikasi masalah klinik untuk diteliti. Pada tingkat lanjut perawat ikut serta dan berkolaborasi dengan yang lain dalam proses penelitian untuk menemukan, memeriksa dan menguji pengetahuan, teori dan pendekatan kreatif terhadap praktik.
h. Standar VIII; Pendayagunaan Sumber
   Perawat menimbang factor-faktor yang berhubungan dengan keamanan, keefektifan dan biaya dalam perencanaan dan pemberian asuhan kepada klien. Klien berhakuntuk memperoleh pelayanan kesehatan jiwa yang aman, efektif dan murah. Dengan meningkatnya biaya pelayanan kesehatan, keputusan pengobatan harus dibuat sedemikian rupa sehingga dapat memaksimalkan sumber dan mempertahankan kualitas. Perawat mengupayakan asuhan berkualitas dengan biaya yang dapat dicapai dan sumber yang paling sesuai serta pendelegasian asuhan kepada petugas yang memenuhi persyaratan.

E. Model Keperawatan Jiwa

Model adalah suatu cara untuk mengorganisasi kumpulan pengetahuan yang kompleks yang berhubungan dengan perilaku manusia. Penggunaan model ini membantu dalam melakukan pengkajian, intervensi dan cara mengevaluasi keberhasilaan penanggulangan.
Model – model keperawatan mental psikiatri diantaranya:

1. Model Psikoanalisa (Sigmund Freud, Erickson, Klein, Horney dll)

- Pandangan tentang penyimpangan perilaku
  Perilaku didasarkan pada perkembangan dini dan resolusi konflik perkembangan yang tidak adekuat. Pertahanan ego yang tidak adekuat untuk mengontrol ansietas. Gejala sebagai akibat ari upaya untuk mengatasi ansietas dan berkaitan dengan konflik yang tidak terselesaikan.
- Proses terapeutik
  Psikoanalisis menggunakan tehnik asosiasi bebas dan analisa mimpi. Hal ini menginterpretasikan perilaku, menggunakan transferen untuk memperbaiki pengalaman traumatic masa lalu dan mengidentifikasi area masalah melalui interpretasi resistens pasien.
- Peran klien dan terapis
  Klien mengungkapkan semua pikiran dan mimpi serta mempertimbangkan interpretasi terapis. Terapis tetap mengupayakan perkembangan transferen dan menginterpretasikan mimpi dalam kaitannya dengan konflik, transferen dan resistens.

2. Model Interpersonal (Sullivan, Peplau)

a. Pandangan tentang penyimpangan perilaku
   Ansietas timbul dan dialami secvara interpersonal. Rasa takut yang mendasar adalah takut terhadap penolakan. Seseorang membutuhkan rasa aman dan kepuasan yang diperoleh melalui hubungan interpersonal yang positip.
b. Proses terapeutik
   Hubungan antara terapis dan klien yang penuh rasa percaya dan aman untuk mencapai kepuasan interpersonal. Klien dibantu untuk mengembangkan hubungan akrap diluar suasana situasi terapi.
c. Peran klien dan terapis
   Klien menceritakan ansietas dan perasaannya pada terapis. Terapis menjalin hubungan akrap denganklien, menggunakan empati untuk merasakan perasaan klien dan menggunakan hubungan sebagai suatu pengalaman interpersonal korektif.

3. Model Sosial (Caplan, Szasz)

a. Pandangan tentang penyimpangan perilaku
   Faktor social dan lingkungan menciptakan stress, yang mengakibatkan ansietas. Perilaku yang tidak dapat diterima diartikan secara social dan memenuhi kebutuhan system social.
b. Proses terapeutik
   Klien dibantu untuk mengatasi system social dengan intervensi krisis. Manipulasi lingkungan dan menunjukkan dukungan social dan dukungan kelompok.

c. Peran klien dan terapis
Klien secara aktif menyampaikan masalah dan bekerjasama dengan terapis menyelesaikan masalah dengan menggunakan sumber yang ada dimasyarakat. Terapis menggali system social klien dan membantu menggunakan sumber yang tersedia serta menciptakan sumber yang baru.

4. Model Eksistensi (Perls, Rogers, Glasser, Ellis dll)

a. Pandangan tentang penyimpangan perilaku
Hidup ini akan sangat berarti apabila seseorang dapat mengalami dan menerima Self (diri) sepenuhnya. Penyimpangan perilaku terjadi jika individu gagal dalam upayanya menemukan dan menerima diri.
b. Proses terapeutik
Individu dibantu untuk mengalami kemurnian hubungan. Terapi dilakukan didalam kelompok dan klien dianjurkan untuk menggali dan menerima diri dan dibantu mengendalikan perilakunya.
c. Peran klien dan terapis
Klien bertanggungjawab terhadap perilakunya dan berperan serta dalam suatu pengalaman yang berarti untuk mempelajari tentang dirinya. Terapis membantu klien mengenal nilai diri dan mengklarifikasi realitas situasi dan mengenalkan pada klien dengan perasaan tulus dan memperluas kesadaran diri.

5. Model Komunikasi (Berne, Watzlawick)

a. Pandangan tentang penyimpangan perilaku
Gangguan perilaku terjadi apabila pesan tidak dikomunikasikan dengan jelas. Bahasa dapat digunakan untuk merusak makna, pesan verbal dan nonverbal mungkin tidak selaras.
b. Proses terapeutik
Pola komunikasi dianalisis dan umpan balik diberikan untuk mengklarifikasi area masalah. Analisis transaksional berfokus pada permainan dan belajar untuk berkomunikasi secara langsung tanpa sandiwara.
c. Peran klien dan terapis
Klien memperhatikan pola komunikasi, termasuk permainan dan bekerja untuk mengklarifikasi komunikasinya sendiri dan memvalidasi pesan dari orang lain. Terapis menginterpretasikan pola komunikasi pada klien dan mengajarkan prinsip-prinsip komunikasi dengan baik.

6. Model Perilaku (Pavlov, Skinner, Bandura, Wolpe)

a. Pandangan tentang penyimpangan perilaku
   Perilaku dapat dipelajari dan penyimpanagan terjadi karena manusia membentuk kebiasaan perilaku yang tidak diinginkannya. Perilaku menyimpang terjadi berulang karena untuk mengurangi ansietas, dan perilaku lain yang dapat mengurangi ansietas dapat dipakai sebagai pengganti.
b. Proses terapeutik
   Terapi merupakan proses pendidikan, penyimpangan perilaku tidak dihargai, perilaku yang lebih produktif dikuatkan. Terapi relaksasi dan latihan keasertifan merupakan pendekatan perilaku.
c. Peran klien dan terapis
   Klien mempraktikkan teknik perilaku yang digunakan, mengerjakan pekerjaan rumah dan penggalakan latihan. Terapi mengajarkan tentang pendekatan perilaku, membantu mengembangkan hirarki perilaku dan menguatkan perilaku yang diinginkan.

7. Model Medikal (Meyer, Kraeplin, Spitzer dll)

a. Pandangan tentang penyimpangan perilaku
   Gangguan perilaku diakibatkan oleh penyakit biologis. Gejala-gejala timbul sebagai akibat dari kombinasi factor-faktor fisiologik, genetic,dan lingkungan.
b. Proses terapeutik
   Diagnosis penyakit dilandasai oleh kondisi yang ada, informasi histories dan pemeriksaan diagnostic. Pengobatan meliputi terapi somatic dan farmakologik selain berbagai teknik interpersonal.
c. Peran klien dan terapis
   Klien mempraktikkan regimen terapi yang dianjurkan dan melaporkan efek terapi pada dokter. Klien menjalani terapi jangka panjang jika diperlukan. Terapis menggunakan kombinasi terapi somatic dan interpersonal.

BAB 6

Hubungan Terapeutik Perawat-Klien

A. Pendahuluan

Hubungan perawat-klien yang terapeutik adalah pengalaman belajar bersama, dan pengalaman untuk memperbaiki emosi klien. Dalam hubungan ini perawat memakai diri sendiri dan teknik pendekatan yang khusus dalam bekerja dengan klien untuk memberi pengertian dan mengubah perilaku klien.

Secara.umum, tujuan hubungan terapeutik ditujukan untuk perkembangan klien (Stuart dan Sundeen, 1987, h.96).

1. Kesadaran diri., penerimaan diri, dan penghargaan diri yang meningkat.
2. Pengertian yang jelas tentang indentitas diri, dan integrasi diri ditingkatkan.
3. Kemampuan untuk membina hubungan intim, interdependen, pribadi dengan kecakapan menerima dan memberi kasih sayang.
4. Meningkatkan fungsi dan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan dan mencapai tujuan pribadi yang.realistis.

Untuk memcapai tujuan diatas, berbagai aspek kehidupan klien akan diekpresikan selama berhubungan dengan perawat. Perawat akan mendorong klien untuk mengekspresikan perasaan, pikiran dan persepsi serta dihubungkan dengan perilaku yang tampak (hasil observasi dan laporan). Area yang diidentifikasi sebagai konflik dan kecemasan perlu diklarifikasi. Penting bagi perawat untuk mengidentifilkasi kemampuan klien dan mengoptimasi kemampuan, hubungan sosial dan keluarga. Komunikasi akan menjadi baik dan perilaku maldaptif berubah jika klien sudah mencoba pola perilaku dan koping yang baru.

Status klien dalam hubungan Perawat-Klien sudah berubah dari dependen menjadi interdependen. Pada waktu yang lalu, perawat mengambil keputusan untuk klien, saat ini perawat memberi alternatif dan membantu klien dalam proses pemecahan masalah(Cook dam fontaine, 1987, h. 14).

Sehubungan dengan hubungan terapeutik perawat-klien, perawat yang memakai dirinya secara terapeutik dalam membantu klien, perlu mengenal dirinya, termasuk perilaku, perasaan, pikiran, nilai agar asuhan yang diberikan tetap berkualitas dan menguntungkan klien.

Pada bab ini akan diuraikan bagaimana meningkatkan kesadaran diri perawat agar diri perawat berkembang kualitasnya dalam memberikan asuhan. Demikian pula uraian tentang hubungan perawat klien termasuk tahapan hubungan, sifat hubungan, dan tehnik komunikasi dalam berhubungan.,

B. Analisa Diri Perawat

Perawat adalah profesi yang menolong manusia untuk beradaptasi secara positif terhadap stres yang dialami. Pertolongan yang diberikan harus bersifat terapeutik, instrumen utama yang dipakai adalah dirinya sendiri. Jadi, analisa diri sendiri merupakan dasar utama untuk dapat memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas.

Fokus analisa diri yang penting adalah kesadaran diri, klarifikasi nilai, eksplorasi perasaan, kemampuan menjadi model dan rasa tanggung jawab. Khususnya berhubungan dengan klien anak, perawat perlu mengkaji pengalaman masa kanak-kanaknya karena dapat mempengaruhi interaksi . Dengan mengetahui sifat diri sendiri diharapkan perawat dapat memakai dirinya secara terapeutik untuk menolong klien tanpa merusak integritas diri.

1. Kesadaran Diri

Banyak pendapat mengatakan bahwa perawat perlu menjawab pertanyaan "Siapa saya". Perawat harus dapat mengkaji perasaan, reaksi dan perilakunya secara pribadi maupun sebagai pemberi perawatan. Kesadaran diri akan.membuat perawat menerima perbedaan dan keunikan klien.

Kesadaran diri dan perkembangan diri perawat perlu ditingkatkan agar penggunaan diri secara terapeutik dapat lebih efektif. **Johari Window** (Stuart dan Sundeen,, 1987, h. 98) menggambarkan tentang perilaku, pikiran,'perasaan seseorang melalui gambar berikut:

1 Diketahui oleh diri sendiri dan orang lain.	2 Hanya diketahui oleh orang lain
3 Hanya diketahui oleh diri sendiri	4 Tidak diketahui oleh siapapun

Kuadran 1 adalah kuadran yang terdiri dari perilaku, pikiran dan perasaan yang diketahui oleh individu dan orang lain disekitarnya. **Kuadran 2** sering disebut kuadran buta karena hanya diketahui oleh orang lain.**Kuadran 3** disebut rahasia karena hanya diketahui oleh individu. **Kuadran 4** adalah bagian yang tidak diketahui oleh siapapun.

Ada 3 prinsip yang dapat diambil dari Johari Window yaitu:

1. Perubahah satu kuadran akan mempengaruhi kuadran yang lain
2. Jika kuadran 1 yang paling kecil, berarti komunikasinva buruk atau kesadaran dirinya kurang.
3. Kuadran 1 paling besar pada individu yanq mempunyai kesadaran diri yang tinggi.

Kesadaran diri dapat ditingkatkan melalui tiga cara yaitu:

1. Mempelajari diri sendiri
   Proses eksplorasi diri sendiri, termasuk pikiran, perasaan, perilaku., termasuk pengalaman yang menyenangkan, hubungan interpersonal, kebutuhan pribadi.
2. Belajar dari orang lain.
   Kesediaah dan keterbukaah menerima umpan balik orang lain akan meningkatkan pengetahuan tentang diri sendiri. Aspek yang negatif akan memberi kesadaran bagi individu untuk memperbaikinya sehingga individu akan selalu berkembang setiap menerima umpan balik.
3. Membuka diri
   Keterbukaan merupakan salah satu kriteria kepribadian yang sehat. Untuk ini harus ada teman intim yang dapat dipercaya tempat menceritakan hal yang merupakan rahasia.

Proses peningkatan kesadaran diri sering menyakitkan dan tidak mudah jika ditemukan konflik dengan ideal diri. Tetapi merupakan tantangan untuk.berubah dan tumbuh.

2. Klarifikasi Nilai

Walaupun hubungan perawat-klien merupakan hubungan timbal balik tetapi kebutuhan klien selalu diutamakan. Perawat sebaiknya mempunyai sumber kepuasan dan rasa aman yang cukup, sehingga tidak menggunakan klien untuk kepuasan dan keamanannya.

Jika perawat mempunyai konflik, ketidakpuasan, sebaiknya perawat menyadari dan mengklarifikasi agar tidak mempengaruhi keberhasilan hubungan perawat-klien.

Dengan menyadari sistem nilai yang dimiliki perawat, misalnya kepercayaan, seksual, ikatan keluarga, perawat akan siap mengidentifikasi situasi yang bertentangan dengan sistem nilai yang dimiliki.

3. Eksplorasi Perasaan

Perawat perlu terbuka dan sadar terhadap perasaannya, dan mengontrolnya agar ia dapat menggunakan dirinya secara terapeutik (Stuart dan Sundeen, 1987, h.'102).

Jika perawat terbuka pada perasaanya, maka ia mendapatkan dua informasi penting yaitu bagaimana responnya pada klien dan bagaimana penampilannya pada klien. Sewaktu berbicara dengan klien, perawat harus sadar responnya dan mengontrol penampilan.

4. Kemampuan Menjadi Model

Perawat yang mempunyai masalah pribadi seperti ketergantungan obat, hubungan interpersonal yang terganggu, akan mempengaruhi hubungannya dengan klien (Stuart dan Sundeen, 1987 h. 102

Perawat mungkin menolak dan mengatakan ia dapat memisahkan hubungan profesional dan kehidupan pribadi. Hal ini tidak mungkin pada asuhan kesehatan jiwa karena perawat memakai dirinya secara terapeutik dalam menolong klien.

Perawat yang efektif adalah perawat yang dapat memenuhi dan memuaskan kehidupan pribadi dan tidak didominasi oleh konflik, distres, atau pengingkaran dan memperlihatkan perkembangan dan adaptasi yang,sehat. Perawat diharapkan bertanggung jawab atas perilakunya dan sadar akan kelemahan dan kekurangannya.

C. Hubungan Terapeutik

Hubungan terapeutik antara perawat-klien adalah hubungan kerjasama yang ditandai dengan tukar menukar perilaku, perasaan, pikiran dan, pengalaman dalam membina hubungan intim yang terapeutik.

Dalam proses, perawat membina hubungan sesuai dengan tingkat perkembangan klien dengan mendorong perkembangan klien dalam menyadari dan mengidentifikasi masalah dan membantu pemecahan masalah. Menurut ahli pendidikan, anak membutuhkan asuhan dan pengalaman belajar agar menjadi orang dewasa yang bertanggungjawab.

Proses berhubungan Perawat Klien dapat dibagi dalam 4 fase fase prainteraksi, perkenalan atau orientasi; fase kerja dan fase terminasi . Setiap fase ditandai dengan serangkaian tugas yang perlu diselesaikan (Tabel 1)

1. Prainteraksi

Prainteraksi dimulai sebelum kontak pertama dengan klien. Perawat mengeksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutannya, sehingga kesadaram dan kesiapan perawat untuk melakukan huburgan dengan klien dapat dipertanggung jawabkan.

Perawat yang sudah berpengalaman dapat menganalisa diri sendiri serta nilai tambah pengalamannya berguna untuk lebih efektif dalam memberikan asuhan keperawatan. Ia seharusnya mempunyai konsep diri yang stabil dan harga diri yang adekuat, mempunyai hubungan yang konstruktif dg orang lain dan berpegangan pada kenyataan dalam menolong klien (Stuart danSundeen 1987, h-105).

Pemakaian diri secara terapeutik artinya memaksimalkan kekuatan dan meminimalkan kelemahan diri dalam memberi asuhan keperawatan pada klien. Tugas tambahan pada fase ini mendapatkan informasi tentang klien dan menentukan kontak pertama.
Tugas perawat pada setiap fase (tabel 1):

Fase	Tugas
Pra interaksi	Eksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutan sendiri. Analisa kekuatan kelemahan profesional diri. Dapatkan data tentang klien jika mungkin Rencanakan pertemuan pertama.
Perkenalan atau Orientasi	Bina rasa percaya, penerimaan dan komunikasi terbuka, perkenalan nama P-K. Tentukan alasan klien minta tolong. Rumuskan kontrak bersama, peran dan tanggung jawab P-K, waktu dan tempat. Eksplorasi pikiran, perasaan, dan perbuatan klien Identifikasi masalah klien Rumuskan tujuan dengan klien
Kerja	Eksplorasi stressor yang kuat Dorong perkembangan kesadaran diri dan mekanisme koping yang konstruktif. Atasi penolakan perilaku adaptif.
Terminasi	Ciptakan realitas perpisahan Bicarakan proses terapi dan pencapaian tujuan Saling mengeksplorasi perasaan penolakan, kehilangan. Kesedihan dan marah.

2. Perkenalan/Orientasi

Fase ini dimulai dengan pertemuan pertama dengan klien, hal utama yang perlu dikaji adalah alasan utama klien minta tolong yang akan mempengaruhi hubungan perawat-klien.

Dalam memulai hubungan, tugas utama adalah membina rasa percaya, penerimaan dan pengertian dan komunikasi yang terbuka serta perumusan kontrak dengan klien. Elemen kontrak perlu diuraikan dengan jelas agar kerjasama P-K bisa optimal. Diharapkan peran serta klien secara penuh dalam kontrak, kecuali kondisi tertentu seperti gangguan realita, sehingga perawat melakukan kontrak sepihak.

Perawat dan klien mungkin mengalami perasaan tidak nyaman, bimbang karena memulai hubungan yang baru. Klien yang mempunyai pengalaman hubungan interpersonal yang menyakitkan akan sukar menerima dan terbuka pada orang asing. Anak memerlukan rasa aman untuk mengekspresikan perasaan tanpa dikritik atau dihukum.

Tugas perawat adalah mengeksplorasi pikiran, perasaan, perbuatan klien, dan mengidentifikasi masalah, serta merumuskan tujuan bersama klien.

Elemen Kontrak Perawat Klien:

Nama individu (perawat dan klien)
Peran perawAt dan klien
Tanggung jawab perawat dan klien
Harapan perawat dan klien
Tujuan hubungan
Tempat pertemuan
Waktu pertemuan
Situasi terminasi
Kerahasiaan

3. Fase Kerja

Pada fase kerja, perawat dan klien mengekplorisi stressor yang tepat dan mendorong perkembangan kesadaran diri dengan menghubungkan persepsi, pikiran, perasaan dan perbuatan klien. Perawat membantu klien mengatasi kecemasan, meningkatkan kemandirian dan tanggung jawab diri sendiri dan mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif. Perubahan perilaku maladaptif menjadi adaptif adalah fokus fase ini.

4. Fase Terminasi

Terminasi merupakan fase yang sangat sulit dan penting dari hubungan terapeutik Rasa percaya dan hubunga nintim yangsudad terbina, dan berada pada tingkat optimal. Perawat dam klien merasakan kehilangan. Terminasi dapat terjadi pada saat perawat mengakhiri tugas-pada unit tertentu atau klien pulahg.

Adapun alasan terminasi, tugas perawat pada fase ini adalah menghadapi realitas perpisahan yang tidak dapat diingkari. Klien dan perawat bersama-sama meninjau kembali proses perawatan yang telah dilalui dan pencapailan tujuan. Perasaan marah, sedih, penolakan perlu dieksplorasi dam diekspresikan.

Fase terminasi harus diatasi dengah memakai konsep proses kehilangan. Proses terminasi yang sehat akan memberi pengalaman positif dalam membantu klien mengembangkan koping untuk perpisahan. Reaksi klien dalam menghadapi terminasi dapat beraneka cara. Klien mungkin mengingkari perpisahan atau mengingkari manfaat hubungan. Klien dapat mengekpresikan perasaan marah dan bermusuhannya dengan tidak menghadiri pertemuan, atau bicara yang dangkal.

Terminasi yang mendadak dan tanpa persiapan mungkin dipersepsikan klien sebagai penolakan. Atau perilaku klien kembali pada perilaku sebelumnya, dengan harapan perawat tidak akan mengakhiri hubunqan karena klien masih memerlukan perhatian.

D. Komunikasi Terapeutik

Teori komunikasi sangat sesuai dalam praktek keperawatan karena:

1) Komunikagi adalah cara untuk membina hubungan yang terapeutik. Dalam proses komunikasi terjadi penyampaian informasil dan pertukaran perasaan dam pikiran.
2) Maksud komunikasi adalah mempengaruhi Perilaku orang lain. Berarti,keberhasilan intervensi perawatan tergantung pada komunikasi karena proses keperawatan ditujukan untuk merubah perilaku dalam mencapai tingkat kesehatan yang optimal,
3) Komunikasi adalah berhubungan. Hubungan perawat-klien yang terapeutik tidak mungkin dicapai tanpa komunikasi.

Dalam membina hubungan terapeutik dengan klien, perawat perlu mengetahui proses komunikasi dan ketrampilan dalam membantu klien memecahkan masalahnya.

Elemen yang harus ada pada proses komunikasi adalah pengirim pesan, penerima pesan, pesan, media dan umpan balik. Semua Perilaku ihdividu (pengirim dan penerima) adalah komunikasi dan komunikasi akan memberi efek pada perilaku. Pesan yang disampaikan, dapat verbal maupun non verbal. Bermain merupakan cara berkomunikasi agar berhubungan yang baik dengan anak. Perawat dapat menyampaikan atau mengkaji pesan secara non verbal antara lain:

1. Vokal: nada; kualitas, keras atau lembut, kecepatan, yang semuanya menggambarkan suasana emosi.
2. Gerakan: reflek, posture, ekspresi muka, gerakan yang berulang atau gerakan gerakan yang lain. Khusus gerakan dan ekspresi mukaa dapat diartikan sebagai suasana hati.
3. Jarak (space): jarak dalam berkomunikasi dengan orang lain menggambarkan keintiman.
4. Sentuhan: dikatakan sangat penting, namun perlu pertimbangan aspek budaya dan kebiasaan.

Unsur-unsur Komunikasi Terapeutik meliputi:

a) Sumber proses komunikasi yang merupakan prakarsa oleh pengirim dan menerima pesan sebagai tolak ukur keberhasilan mengirim.
b) Pesan verbal dan non verbal.
c) Penerima yang akan juga membalas pesan
d) Lingkungan sebagai saluran penyampaian (panca indera), penerimaan pesan dan lingkungan alamiah.

Prinsip Komunikasi Terapeutik meliputi:

1) Perawat harus mengenal diri sendiri dengan menghayati, memahami diri dan nilai yang dianut.
2) Komunikasi ditandai dengan sikap saling menerima, percaya dan menghargai.

3) Perawat harus memahami, menghayati nilai yang dianut klien.
4) Perawat harus menyadari pentingnya kebutuhan biopsikososialsexual dan spiritual klien.
5) Perawat harus menciptakan suasana bebas rasa takut.
6) Perawat harus menciptakan motivasi klien untuk mengubah diri agar lebih "matang"
7) Perawat harus mampu menguasai perasaan diri seperti perasaan embira, sedih, marah, berhasil atau frustasi.
8) Memahami betul arti empati yang terapeutik dan simpati yg tidak terapeutik
9) Kejujuran dan komunikasi terbuka merup dasar dari hubungan terapeutik.
10) Mampu berperan sebagai role model
11) Mempunyai sifat Altruisme
12) Berpegangan pada etika
13) Bertanggungjawab thd diri dan orang lain.

Faktor penghambat Komunikasi yang sering terjadi seperti kemampuan pemahaman berbeda, penafsiran berbeda karena pengalaman masa lalu. Komunikasi satu arah, kepentingan yang berbeda, memberikan jaminan yg tidak mungkin, mendikte klien dan membicarakan hal-hal yg bersifat pribadi. Menuntut bukti, tantangan serta penjelasan klien tentang tindakannya, kritik tentag perasaan klien, menghentikan/mengalihkan topic bicara dan terlalu banyak bicara yang seharusnya mendengarkan. Memperlihatkan pesimistis dan jemu**.**

Sikap perawat dalam berkomunikasi dengan hadir secara utuh (fisik dan psikologis) pada waktu berkomunikasi dengan klien. Perawat tidak cukup mengetahui tehnik komunikasi dan isi komunikasi, tetapi yang sangat penting adalah sikap atau penampilan dalam berkomunikasi. Egan (1975, dikutip oleh Kozier dan Erb), mengidentifikasi lima sikap atau cara untuk menghadirkan diri secara fisik, yaitu:

1. Berhadapan.
   Arti dari posisi ini adalah "saya siap untuk anda".
2. Mempertahankan kontak mata.
   Kontak mata pada level yang sama berarti menghargai klien dan menyatakan keinginan untuk tetap berkomunikasi.
3. Membungkuk ke arah klien
   Posisi ini menunjukkan keinginan untuk mengatakan atau mendengar sesuatu.
4. Mempertahankan sikap terbuka
   Tidak melipat kaki atau tangan menunjukkan keterbukaan untuk berkomuniaksi.
5. Tetap relaks
   Tetap dapat mengontrol keseimbangan antara ketegangan dan relaksasi dalam memberi respon pada klien.

Sikap fisik klien dapat pula disebut sebagai perilaku non verbal, yang perlu dipelajari pada setiap tindakan keperawatan. Beberapa perilaku non verbal yang dikemukakan oleh Clunn (1991, hlm. 168-173) yang perlu diketahui:

1. Gerakan mata
   Gerakan mata dipakai untuk memberikan perhatian. Kontak mata berkembang sejak anak sejak. lahir. Kontak mata antara ibu-bayi merupakan cara interaksi atau kontak sosial. Perawat perlu mengetahui perrkembangan kontak mata,misalnya usia 2 bulan bayi tersenyum jika kontak mata dengan ibu. Bayi dan anak memperlihatkan reaksi yanq tinggi terhadap rangsangan visual.

   Kontak mata dan ekspresi muka alat pertama yang dipakai untuk pendidikan dan sosialisasi. Anak sangat mengerti akan ekspresi ibu.yang marah, sedih atau tidak setuju.
2. Ekspresi muka.
   Ekspresi muka umumnya dipakai sebagai bahasa non verbal, namun banyak dipengaruhi oleh budaya. Orang yang tidak percaya pasti akan tampak.daril ekspresi muka tanpa ia sadari;
3. Sentuhan
   Sentuhan merupakan cara interaksi yang mendasar. Konsep ini didasari oleh asuhan ibu yang memperlihatkan perasaan menerima.dan mengakui. Ikatan kasih sayang dibentuk oleh pandangan, suara dan sentuhan yang menjadi element penting dalam pembentukan ego, perpisahan dan kemandirian.(Rubin, dikutip oleh Clunn, 1991, hlm. 173). Sentuhan sangat penting bagi anak sebagai alat komunikasi dalam memperlihatkan kehangatan, kasih sayang, yang pada kemudian hari (dewasa) mengembangkan hal yang sama baginya.

Kehadiran.psikologis dapat dibagi dalam dua dimensi yaitu dimensi, respon dan dimensi tindakan (Truax', CarKfhoff dan Benerson, dikutip oleh Stuart and Sundeen, 1987; 126)

a. Dimensi Respon
   Dimensi respon terdiri dari respon perawat yang ikhlas, menghargai, empati dan konkrit. Dimensi respon sangat penting pada awal hubungan dengan klien untuk membina hubungan saling percaya dan komunikasi yang terbuka. Respon ini terus dipertahankan sampai pada akhir hubungan.
   1. Keikhlasan
      Perawat menyatakan keikhlasan melalui,keterbukaan., kejujuran, ketulusan dan berperan aktif dalam berhubungan dengan klien. Perawat berespon dengan tulus, tidak berpura-pura memgekspresikan perasaan yang sebenarnya dan spontan.
   2. Menghargai
      Perawat menerima klien apa adanya. Sikap perawat harus tidak menghakimi, tidak mengkritik, tidak mengejek, atau tidak menqhina. Rasa menghargai dapat dikomunikasikan melalui duduk diam bersama klien yanqmenangis, minta maaf atas hal yang tidak disukai klien, menerima permintaan klien untuk tidak menanyakan pengalaman tertentu.
   3. Empati
      Empati adalah kemampuan masuk dalam kehidupan klien agar dapat merasakan pikiran dan perasaannya. Perawat memandang melalui pandangan kli.en,

merasakan melalui perasaan klien dan kemudian mengidentifikasi masalah klien serta membantu klien mengatasi masalah tersebut.

Melalui penelitian Mansfield (dikutip oleh Stuart dan Sundeen, 1987, h. 129) mengidentifikasi perilaku verbal dan non verbal yang menunjukkan tingkat empati yang tinggi:

a) Memperkenalkan diri pada klien
b) Kepala dan badan membungkuk ke arah klien
c) Respon verbal terhadap pendapat klien, khususnya pada kekuatan dan sumber daya klien.
d) Kontak mata dan berespon pada tanda non verbal klien misalnya nada suara, gelisah, ekspresi wajah
e) Tunjukkan perhatian, minat, kehangatan melalui ekspres.i wajah
f) Nada suara konsisten dengan ekspresi wajah dan respon verbal

4. Konkrit

Perawat menggunakan terminologi. yang spesifik, bukan abstrak. Ini perlu untuk menghindarkan keraquan dan ketidakjelasan. Ada tiga kegunaannya yaitu:

a) mempertahankan respon perawat terhadap perasaan klien
b) memberi penjelasan yang akurat oIeh perawat
c) mendorong klien memikirkan masalah yang spesifik

b. Dimensi Tindakan

Dimensi tindakan tidak dapat dipisahkan dengan dimensi respon.Tindakan yang dilaksanakan harus dalam konteks kehangatan dan pengertian. Perawat senior sering segera masuk dimensi tindakan tanpa membina hubungan yang adekuat sesuai dengan dimensi respon. Dimensi respon membawa klien pada tingkat penilikan diri yang tinggi kemudian dilanjutkan dengan dimensi tindakan.

Dimensi tindakan terdiri dari konfrontasi, kesegeraan, keterbukaan, emosional chatarsis, dan bermain peran (Stuart dan Sundeen, 1996 h.131).

1. Konfrontasi

Konfrontasi adalah ekspresi perasaan perawat tentang perilaku dan klien yang tidak sesuai. Carkhoff (dikutip oleh Stuart Sundeen,1987, h.131), mengidentifikasi tiga kategori konfrontasj yaitu:

a. Ketidaksesuaian antara konsep diri klien (ekspresi kliem tentang dirinya) dan ideal diri klien (keinginan klien)
b. Ketidaksesuaian antara ekspresi non verbal dan perilaku kIien
c. Ketidaksesuaian antara pengalaman klien dan pengalaman perawat

Konfrontasi berguna untuk meningkatkan kesadaran klien akan kesesuaian perasaan, sikap, kepercayaan dan perilaku. Konfrontasi dilakukan secara sertif. bukan marah atau agresif. Sebelum konfrontasi, perawat perlu mengkaji tingkat

hubungan saling percaya, waktu yang tepat, tingkat kecemasan klien, kekuatat koping klien.

Konfrontasi sangat diperlukan pada.klien yang telah mempunyai kesadaran iri tetapi perilaku belum berubah.

2. Kesegeraan

Keseqeraan berfokus pada interaksi dan hubungan perawat-klien saat ini. Perawat sensitive terhadap perasaan klien dan berkeinginan membantu dengan segera.

3. Keterbukaan perawat

Pada keterbukaan, perawat memberikan informasi tentang dirinya, idealnya, perasaannya, sikapnya, nilainya. Perawat membuka diri tentang pengalaman yang sama dengan pengalaman klien. Tukar pengalaman ini memberi keuntungan pada klien untuk mendukung kerjasama.dan memberi sokongan.

Melalui penelitian ditemukan bahwa peningkatan keterbukaan antara perawat-klien menurunkan tingkat kecemasan perawat klien (Johson, dikutip oleh Stuart dan Sundeen, 1987, h.134).

4. "Emotional Catharsis"

Emosional katarsis terjadi jika klien diminta bicara tentang hal yang sangat mengganggu dirinya. Ketakutan, perasaan, dan pengalaman dibuka dan menjadi topik diskusi antara perawat-klien.

Perawat harus dapat mengkaji kesiapan klien mendiskusikan masalahnya. Jika klien mengalami kesukaran mengekspresikan perasaannya, perawat dapat membantu dengan mengekspresikan perasaannya jika berada pada situasi klien. Jika klien menyadari bahwa ia mengekspresikan perasaan dalam suasana yang menerima dan aman maka klien akan memperluas kesadaran dan penerimaan pada dirinya.

5. Bermain peran

Bermain peran adalah melakukan peran pada situasi tertentu. Ini berguna untuk meningkatkan kesadaran dalam berhubungan dan kemampuan melihat situasi dari pandangan orang lain. Bermain peran menjembatani antara pikiran dan perilaku dan klien merasa bebas mempratekkan perilaku baru pada lingkungan yang aman.

Dalam berkomunikasi dengan anak, cara yang terapeutik sebagai berikut:

1). Nada suara

Bicara lambat, dan jika tidak dijawab harus diulang lebih jelas dan pengarahan yang sederhana. Hindarkan sikap mendesak untuk dijawab dengan mengatakan "jawab dong".

2). Mengalihkan aktifitas

Kegiatan anak yang berpindah-pindah dapat meningkatkan rasa cemas terapis dan mengartikannya sebagai tanda hiperaktif. Anak jebih tertarik pada aktifitas yang disukai, oleh karena itu dibuat jadual yang bergantian antara aktivitas yang disukai dan yang diprogramkan.

3). Jarak interaksi
perawat yang mengobservasi tindakan non verbal dan sikap tubuh anak serta jarak yang dipertahankan dalam berinteraksi.

4). Marah
Perawat perlu mempelajari tanda kontrol perilaku yang rendah pada anak untuk mecegah temper tantrum. Perawat menghindari bicara yanq keras dan otoriter serta mengurangi kontak mata jika impulsive meningkat. Jika Anak mulai dapat mengontrol periIaku, maka kontak mata dimulai kembali namun Sentuhan ditunda dahulu.

5). Kesadaran diri
Perawat harus menghindari konfrontasi yang langsung, duduk yang terlalu dekat dan berhadapan. Meja tidak diletakkan antara perawat dan anak. Perawat secara. non verbal selalu memberi dorongan, penerimaan, persetujuan jika diperlukan.

6). Sentuhan
Jangan sentuh anak tanpa izin dari anak. Salaman dengan anak merupakan cara untuk menghilangkan stres dan cemas, khususnya anak laki-laki..

Dalam menanggapi pesan yang disampaikan klien, perawat dapat menggunakan berbagai teknik komunikasi terapeutik sebagai berikut:

1. Mendengar (listening)
Merupakan dasar utama dalam komunikasi. Dengan mendengar perawat mengetahui perasaan klien. Beri kesempatan lebih banyak pada klien untuk bicara. Perawat harus menjadi pendengar yang aktif.
2. Pertanyaan terbuka (broad opening)
Memberi kesempatan untuk memilih, contoh: apakah yang sedang saudara pikirkan? , apa yang akan kita bicarakan hari ini?. Beri dorogan dengan cara mendengar atau mengatakan, "saya mengerti …. atau o - o - o."
3. Mengulang (restating)
Mengulang pokok pikiran Yang diungkapkan klien. Gunanya untuk menguatkan ungkapan klien dan memberi indikasi perawat mengikuti pembicaraan klien.
4. Klarifikasi
Dilakukan bila perawat ragu, tidak jelas, tidak mendengar, atau klien malu, tidak lengkap, loncat mengemukakan informasi, Misalnya dapatkah anda jelaskan kembali tentang … Gunanya untuk kejelasan dan kesamaan ide, perasaan dan persepsi perawat dan klien.
5. Refleksi
    a. Refeksi isi, memvalidasi apa yang didengar. Klarifikasi ide yang diekspresikan klien dengan pengertian perawat.
    b. RefIeksi perasaan, memberi respon pada perasaan klien terhadap isi pembicaraan, agar klien mengetahui dan menerima perasaannya.

- ❖ Gunanya dari refleksi untuk:
  1) mengetahui dan menerima ide dan perasaan;
  2) mengoreksi;
  3) memberi keterangan lebih jelas.
- ❖ Ruginya adalah:
  1) mengulang terlalu sering dan sama;
  2) dapat menimbulkan marah, iritasi, dan frustasi.

6. Memfokuskan
   Membantu klien bicara pada topik yang telah dipilih dan menjaga pembicaraan tetap menuju tujuan yaitu lebih spesifik, lebih jelas, berfokus pada realitas.
   Contoh: Klien: Wanita sering jadi bulan-bulanan
   Perawat: Coba ceritakan bagaimana perasaan anda sebagai wanita
7. Membagi persepsi
   Memintai pendapat klien tentang hal yang perawat rasakan dan pikirkan . Dengan cara ini perawat dapat meminta umpan balik dan memberi informasi.
   Contoh: "anda tertawa, tetapi saya rasa anda marah pada saya"
8. Indentifikasi "thema"
   Latar belakang masalah yang dialami klien yang muncul selama percakapan. Gunanya untuk meningkatkan pengertian dan mengeksplorasi masalah yang penting.
   Misalnya: "Saya lihat dari semua keterangan yang anda jelaskan, anda telah disakiti. Apakah ini latarbelakang masalahnya?"
9. Diam (Silence)
   Cara yang sukar, biasanya dilakukan setelah mengajukan pertanyaan. Tujuannya memberi kesempatan berpikir dan memotivasi untuk bicara. Pada klien menarik diri, teknik diam berarti perawat menerima klien.
10. Informing
    Memberi informasi dan fakta untuk pendidikan kesehatan.
11. Saran
    Memberi alternatif ide untuk pemecahan masalah. Tepat dipakai pada fase kerja dan tidak tepat pada fase awal hubungan.

Perawat perlu menganalisa teknik yang tepat pada setiap komunikasi dengan klien. Melalui komunikasi verbal dapat disampaikan informasi yang akurat, namun aspek emosi dan perasaan tidak dapat diungkapkan seluruhnya melalui verbal.

BAB 7

Aspek Spiritual dan Psikosexual dalam Keperawatan

A. Spiritual dalam Keperawatan

1. Latar Belakang

Perawat sebagai tenaga kesehatan yang profesional memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif dengan membantu klien memenuhi kebutuhan dasar yang holistik. Perawat memandang klien sebagai makhluk bio-psiko-sosio cultural dari spiritual yang berespon secara holistik dan unik terhadap perubahan kesehatan atau pada keadaan kritis. Asuhan keperawatan yang diberikan oleh perawat tidak bisa lepas dari interaksi perawat dengan klien. Perawat berupaya untuk membantu memenuihi kebutuhan spiritual klien sebagai bagian dari kebutuhan menyeluruh klien, antara lain memfasilitasi pemenuhan kebutuhan spiritual tersebut, walaupun perawat dan klien tidak mempunyai keyakinan spiritual atau keagamaan yang sama. Pemenuhan kebutuhan spiritual diperlukan oleh klien dan keluarga dalam mencari arti dari peristiwa kehidupan yang dihadapi termasuk penderitaan karena sakit dan merasa tetap dicintai oleh sesama manusia dan tuhan.

Dalam bab ini dijelaskan pengertian tentang spiritual, keyakinan dan agama, karakteristik spiritualitas, perkembangan spiritual, keterbatasan antara spiritualitas, kesehatan dan sakit. Faktor-faktor yang mempengaruhi spiritualitas, manifestasi perubahan spitualitas, perawat sebagai contoh peran. Spritualitas, keyakinan dan agama merupakan hal yang terpisah walaupun seringkali diartikan nsama. Pemahaman tentang perbedan antara tiga istilah yang akan sering dibahas dalam bab ini, sangat penting bagi perawat untuk menghindarkan salah pengertian yang akan mempengaruhi pendekatan yang digunakan perawat.

2. Definisi Spiritualitas

Spiritualitas adalah keyakinan dalam hubungannya dengan Yang Maha Kuasa dan Maha Pencipta. Sebagai contoh seseorang yang percaya kepada Allah sebagai Pencipta atau sebagai Maha Kuasa (Burbhart 1993). Spiritualitas adalah konsep dua dimensi vertical dan horizontal. Dimensi vertical mewakili hubungan dengah Tuhan dan dimensii horizontal mewakili hubungan dengan orang lain.

Kozier (2004), mendefinisikan spiritual sebagai pengalaman transendensi makna hidup, dimana didalamnya terdapat konsep keyakinan terhadap kekuatan yang lebih tinggi dan makna diri telah memenuhi peran dan tujuan hidupnya. Menurut Sparr dan Fergueson (2000), konsep spiritual digambarkan sebagai hubungan transedental antara seseorang dengan sesuatu yang lebih tinggi, dimana hal ini merupakan suatu kualitas yang melebihi religius spesifik. Perbedaan spiritual dan religi terletak pada pengalaman sakral yang subjektif, spiritual tidak terbatas pada doktrin atau ritual tertentu tetapi lebih kearah perasaan keterikatan dengan Tuhannya, sedangkan religi melibatkan suatu rangkaian kepercayaan yang telah mengalami institusional, berhubungan dengan ibadah, praktik komunitas dan perilaku ekstenal.

Milligan (2011), mendefiniskan spiritual sebagai dimensi dinamik dari kehidupan manusia yang berhubungan dengan cara seseorang mengalami, mengekspresikan atau mencari arti hidup, transendensi dan cara menghubungkan antara waktu, diri sendiri, orang lain, dan alam semesta dengan sesuatu yang dianggap penting atau sakral. Kebutuhan Spiritual adalah kebutuhan mempertahankan keyakinan dan kewajiban agama, pengampunan dan rasa percaya pada Tuhan. Hamid (2008), menjelaskan bahwa kebutuhan spiritual untuk mencari arti dan tujuan hidup, kebutuhan dicintai dan mencintai, rasa keterikatan, kebutuhan untuk memberi dan mendapatkan maaf.

Dapat disimpulkan bahwa spiritual adalah keyakinan seseorang tentang keterikatan terhadap kekuatan yang lebih tinggi dan makna diri dalam memenuhi peran dan tujuan hidupnya, yang tercermin dalam hubungan seseorang dengan diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.

Aspek Spiritualitas

1. Berhubungan dengan sesuatu yang tidak diketahui atau ketidakpastian dalam kehidupan
2. Menemukan arti dan tujuan hidup
3. Menyadari kemampuan untuk menggunakan sumber dan kekuatan dalam diri sendiri.
4. Mempunyai perasan keterikatan dengan diri sendiri dan Yang Maha Tinggi.
5. Kebutuhan Spriritual adalah kebutuhan mempertahankan keyakinan dan kewajiban agama, pengampunan dan rasa percaya pada Tuhan

3. Karakteristik Spiritualitas

Untuk memudahkan perawatan dalam memberikan asuhan keperawatan, maka perawat mutlak perlu memiliki kemampuan mengidentifikasi atau mengenal karakteristik spiritual sebagai berikut:

a. Hubungan dengan diri sendiri
   - Kekuatan dalan dan *self-reliance*
   - Pengetahuan diri (siapa dirinya, apa yang bisa dilakukannya)
   - Sikap (percaya pada diri sendiri, ketenangan fikiran, keselarasan dengan diri sendiri)

b. Hubungan dengan alam
   - Mengetahui tentang tanaman, margasatwa, iklim
   - Berkomunikasi dengan alam (mengabadikan, melindungi alam)

c. Hubungan dengan orang lain
   - Berbagai waktu, pengetahuan secara timbal balik
   - Mengasuh anak, orang tua dan orang sakit.
   - Mengembangkan arti pendereitaan dan meyakini hikmah dari suatu kejadian atau penderitan

d. Hubungan dengan ketuhanan
   Secara singkat dapat dinyatakan bahwa seorang terpenuhi kebutuhan spiritualnya apabila mampu:
   - Merumuskan arti personal yang positif, tentang tujuan keberadaannya di dunia.
   - Mengembangkan arti penderitan dan meyakini hikmah dari suatu kejadian atau penderitaan.
   - Dengan mengembangkan hubungan antar manusia yang Positif dll.

4. Spiritual Experience

Pengalaman spiritual (*Spiritual Experience*) adalah persepsi tentang adanya suatu yang bersifat transenden dalam kehidupan sehari-hari dan persepsi tentang keterlibatan peristiwa transenden dalam kehidupan (Underwood & Teresi , 2002). Menurut Kozier, et al. (2004), mengutip pernyataan Maslow bahwa pengalaman spiritual adalah *peak experience, plateau-the farthest reached of human nature* (merupakan puncak tertinggi yang dicapai manusia dan peneguhan keberadaan diri sebagai mahluk spiritual). Mendapatkan pengalaman yang berhubungan dengan spiritualitas merupakan puncak dari hierarki kebutuhan manusia yang telah dicapai, dan mengembalikan pada diri yang seutuhnya.

Mengeksplorasi pengalaman spiritualitas mampu meningkatkkan *religious belief* dan *practice*, kebahagiaan, serta hubungan dengan Tuhan dan orang lain. Dengan pengalaman spiritual, individu lebih menyadari keterkaitan diri dengan Tuhannya, serta meyakini tentang konsep pengampunan dan pertolongan dari Tuhan (Laubach, 2004). Pengalaman spiritual ini diperlukan untuk lebih meningkatkan pemahaman tentang diri dan keberadaan

sebagai individu, membantu mencapai perasaan berarti dalam hidup dengan basis spiritual. Pengalaman spiritual (s*piritual experience*) seseorang mampu memberikan pandangan yang positif tentang kehidupan, keyakinan pada kekuatan yang lebih tinggi (supranatural), dan menciptakan perasaan damai. Proses spiritual manusia dikembangkan untuk menerima dan mengambil hikmah atas segala kejadian dalam hidupnya dengan mengembangkan nilai spiritual agama yaitu sabar, ikhlas dan syukur.

Jadi dapat disimpulkan bahwa pengalaman spiritual sebagai pemaknaan dari suatu hal atau kejadian yang pernah dialami, dirasakan, atau dijalani seseorang sehari-hari, yang meninggalkan kesan mendalam yang berkaitan dengan menemukan arti dan tujuan hidup, kebermaknaan diri, kesadaran, dan perasaan keterikatan diri dengan Tuhan, yang merupakan hasil dari spiritualitas.

Dimensi *Spiritual Experience* meliputi rasa syukur, kagum, kasih sayang, menyadari kasih sayang Tuhan, serta merasa lebih dekat dengan Tuhannya (Underwood, 2006). Dengan memiliki banyak pengalaman spiritual, kuatnya keyakinan dalam diri menemukan kebenaran pada kekuatan yang lebih tinggi, dan akhirnya membawa kebermaknaan dan kesejahteraan dalam kehidupan sehari-hari. Koenig, et al. (2004), mengemukakan dimensi spiritual berkaitan dengan sesuatu yang tidak diketahui atau ketidakpastian dalam kehidupan, menemukan arti dan tujuan hidup, menyadari kemampuan menggunakan sumber dan kekuatan dalam diri sendiri, dan mempunyai perasan keterikatan dengan diri sendiri dan Yang Maha Tinggi.

Hamid (2008), menjelaskan tiga dimensi spiritual, yaitu: (1) Hubungan dengan KeTuhanan, dalam arti seorang terpenuhi kebutuhan spiritualnya apabila mampu merumuskan arti personal yang positif, tentang tujuan keberadaannya di dunia, mengembangkan arti penderitan dan meyakini hikmah dari suatu kejadian atau penderitaan. Dengan mengembangkan hubungan antar manusia yang positif. (2) Hubungan dengan diri sendiri, yang meliputi *self-reliance,* pengetahuan diri (siapa dirinya, apa yang bisa dilakukannya) dan sikap (percaya pada diri sendiri, ketenangan fikiran, keselarasan dengan diri sendiri). (3) Hubungan dengan orang lain, yang termasuk berbagi waktu, pengetahuan secara timbal balik, mengasuh anak, orang tua dan orang sakit, mengembangkan arti penderitaan dan meyakini hikmah dari suatu kejadian atau penderitan.

Terpenuhi kebutuhan spiritual bila mampu seseorang mampu merumuskan arti personal yang positif tentang tujuan keberadaan didunia ini, mengembangkan arti penderitaan dan hikmahnya, menjalin hubungan positif dan dinamis melalui keyakinan, rasa percaya dan cinta. Mampu membina integritas personal dan merasa berharga dan punya harapan, merasakan kehidupan yang terarah, mampu mengembangkan hubungan antar manusia yang positif.

Puchalski and O'Donnell (2005), mengemukakan dimensi spiritual sebagai: (1) *Essence*/ inti, yang merupakan inti seseorang sebagai keterikatan dengan Tuhannya, dan membawa kedamaian dalam menjalani hidup. (2) *Spiritual self and thoughts*, merupakan rasa percaya pada diri, misi hidup, kebermaknaan dan tujuan hidup. (3) *Transcedental* sebagai suatu kesadaran adanya sesuatu kekuatan yang hebat diluar dirinya yang dikarakteristikan dengan Tuhan. (4) *Relationship*, hubungan dengan dirinya sendiri, orang lain, Tuhan, dan lingkungan.

(5) *Values*/nilai-nilai, yang merupakan keyakinan, moral, dan standar yang menuntun seseorang dalam hidupnya, yang dikaitkan dengan cinta dan memaafkan, rasa sayang dan alam, penghormatan dan kepercayaan, serta mementingkan orang lain (*altruisme*).

Jadi secara umum dapat disimpulkan bahwa dimensi spiritual itu meliputi tiga hal, yaitu (1) Hubungan dengan Tuhan (*trancedental*) yang mencakup kesadaran akan kekuasaan yang lebih besar diluar dirinya, dan kekuatan sesuatu yang bersifat 'rahasia'. (2) Hubungan dengan diri sendiri (*spiritual self and thoughs*) yang meliputi keyakinan dan kepercayaan pada diri, harapan, motivasi, arti kebermaknaan dan tujuan hidup. (3) Hubungan dengan orang lain (*social values*) meliputi rasa kebersamaan, penghargaan terhadap kehidupan, *altruisme*, rasa sayang dan keindahan.

Proses pengalaman spiritual (s*piritual Experience)* melibatkan proses inderawi. Menurut Ellison and Fan (2008), proses pengalaman spiritual dibagi menjadi: (1) Pengalaman sensoris, yaitu pengalaman yang berhubungan langsung dengan indera manusia secara empiris, seperti melihat atau mendengar secara langsung. (2) Pengalaman ekstra sensoris, yaitu pengalaman yang tidak didapat secara langsung melalui indera. Pengalaman ini seringkali dimaknai sebagai pengalaman gaib yang tidak rasional, yang melibatkan dimensi nilai dan kultur.

Menurut Taylor, Lillis dan Le Mone (1997) dan Craven dan Hirnk (1996), dalam Hamid (2008), faktor penting yang mempengaruhi spiritualitas adalah: (1) Tahap perkembangan; pada anak-anak mempunyai persepsi tentang Tuhan sebagai sesuatu yang belum bisa digambarkan secara nyata, sedangkan pada lanjut usia spiritualitas bersifat universal, intrinsik dan merupakan proses individual yang berkembang sepanjang rentang kehidupan. Agama atau kepercayaan lanjut usia makin berintegrasi dalam kehidupannya (Maslow, 1976; Stuart dan Sundeen, 1998; Nugroho, 2002). Lansia makin teratur dalam kehidupan keagamaannya. Hal ini dapat dilihat dalam berfikir dan bertindak sehari-hari. (2) Keluarga, peran orang tua sangat menentukan dalam perkembangan spiritualitas anak. Yang penting bukan apa yang diajarkan oleh orang tua tapi apa yang dipelajari anak mengenai Tuhan. (3) Latar belakang etnik dan budaya, sikap keyakinan dan dipengaruhi oleh latar belakang etnik dan sosial budaya. Pada umumnya seseorang akan mengikuti tradisi agama dan spiritual keluarga.

Faktor yang ke (4) Pengalaman hidup sebelumnya, pengalaman hidup baik yang positif atau negatif dapat mempengaruhi spiritualitas seseorang, dan bagaimana mengartikan secara spiritual kejadian atau pengalaman tersebut. (5) Krisis dan Perubahan, krisis dan perubahan dapat menguatkan kedalaman spiritual seseorang. Krisis sering dialami ketika seseorang menghadapi penyakit, penderitaan proses penuaan, kehilangan bahkan kematian. (6) Terpisah dari Ikatan Spiritual, menderita sakit terutama yang bersifat akut seringkali membuat individu meresa terisolasi dan kehilangan kebebasan pribadi dan system dukungan social.

Sawatzky et al. (2005), membedakan faktor yang mempengaruhi sikap spiritual seseorang yaitu (1) Pengalaman yang dialami seseorang akan membentuk sikap keagamaan, seperti pengalaman keselarasan, keindahan, dan kebaikan dalam menjalin hubungan dengan sesama (faktor alamiah), pengalaman afektif emosional seperti perasaan mendapatkan peringatan atau pertolongan dari Tuhan. Konflik moral dan tekanan dari lingkungan juga akan membentuk

pengalaman seseorang. (2) Kebutuhan terhadap keagamaan, cinta kasih, harga diri, dan ancaman kematian. (3) Pengaruh pendidikan dari orang tua, tradisi-tradisi sosial dan tekanan lingkungan sosial untuk menyesuaikan diri dengan berbagai pendapat yang disepakati lingkungan akan membentuk spiritual seseorang. (4) Proses pemikiran verbal dan intelektual seseorang akan mempengaruhi pemikiran tentang keyakinan.

5. Perkembangan Spiritual

a. Bayi dan toddler (0-2 tahun)
   Awal perkembangan spiritual adalah rasa percaya pada pengasuh yang akan memberikan rasa aman dalam hubungan interpersonal. Belum memiliki rasa salah dan benar, dan hanya meniru kegiatan ritual tanpa tahu arti kegiatan.
b. Prasekolah
   Sikap orang tua tentang kode moral dan agamayang akan memberikan penilaian tentang benar dan salah. Anak meniru apa yang dilihat bukan apa yang dikatakan, akan menjadi permasalahan jika tidak sesuai apa yang dikatakan orang tua dengan apa dilihat anak. Meyakini orang tua adalah 'Tuhan'. Sering bertanya tentang agama, Tuhan, dan surga yang harus dijawab orangtua dengan bahasa yang mudah dipahami anak.
c. Usia sekolah
   Anak mengharapkan Tuhan menjawab doanya, konsep yang salah dihukum dan yang baik diberi hadiah sangat mendominasi pemikiran anak. Masa pra pubertas mulai kecewa karena doanya tidak selalu dijawab dan mencari alasan tanpa mau menerima keyakinan begitu saja. Remaja mulai mengambil keputusan tentang standart, agama dan keyakinannya.
d. Dewasa
   Masukan tentang keagamaan lebih dapat diterima dengan pemikiran yang lebih matang.
e. Usia pertengahan
   Lebih banyak waktu untuk kegiatan keagamaan. Perkembangan filosofis keagamaan lebih matang sehingga dapat menerima kenyataan dan kematian ssebagai sesuatu yang tidak dapat dihindari.

6. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Spiritual

Menurut Taylor, Lillis dan Le Mone (1997) dan Craven dan Hirnk (1996), factor penting yang mempengaruhi spiritualitas adalah:

a. Pertimbangan tahap perkembangan
   Berdasarkan hasil penelitian terhadap anak-anak dengan empat agama yang berbeda ditemukan bahwa mereka mempunyai persepsi tentang Tuhan dan bentuk sembahyang yang berbeda menurut usia, eks, agama dan kepribadian anak.

b. Keluarga
Peran orang tua sangat menentukan dalam perkembangan spiritualitas anak. Yang penting bukan apa yang dijarkan oleh orang tua tapi apa yang dipelajari anak mengenai Tuhan.

c. Latar Belakang Etnik dan Budaya
Sikap keyakinan dan dipengaruhi oleh latar belakang etnik dan sosial budaya. Pada umumnya seseorang akan mengikuti tradisi agama dan spiritual keluarga.

d. Pengalaman Hidup Sebelumnya
Pengalaman hidup baik yang positif maupun negative dapat mempengaruhi spiritualitas seseorang. Sebaliknya juga dipengarhi oleh bagaimana seseorang mengartikan secara spiritual kejadian atau pengalaman tersebut.

e. Krisis dan Perubahan
Krisis dan perubahan dapat menguatkan kedalaman spiritual seseorang (Toth 1993) dan Craven dan Hirnk (1996). Krisis sering dialamim ketika seseorang menghadapi penyakit, penderitaan proses penuaan, kehilangan bahkan kematian.

f. Terpisah dari Ikatan Spiritual
Menderita sakit terutama yang bersifat akut seringkali membuat individu meresa terisolasi dan kehilangan kebebasan pribadi dan system dukungan social.

g. Isu Moral Terkait Dengan Terapi.
Pada kebanyakan agama, proses penyembuhan dianggap sebagai cara tuhan untruk menunjukkan kebesarannya walaupun ada juga agama yang menolak intervensi pengobatan.

h. Asuhan Keperawatan Yang Kurang Sesuai.
Ketika memberikan asuhan keperawatan pada klien, perawat diharapkan untuk peka terhadap kebutuhan spiritual klien, tetapi dengan berbagai alasan ada kemungkinan perawat justru menghindar untuk memberikan asuhan spiritual.

7. Manifestasi Perubahan Fungsi Spiritual

Berbagai perilaku dan ekspresi yang dimanifestasikan klien seharusnya diwaspadai oleh perawat karena mungkin saja klien sedang mengalami masalah spiritual.

a. Verbalisasi distres
Individu yang mengalami gangguan spiritial biasanya menverbalisasikan distress yang dialaminya atau mengekporesikan kebutuhan untuk mendapatkan bantuan. Biasanya klien meminta perawat untuk berdoa bagii kesembuhannya atau memberitahukan kepada pemuka agama untuk mengunjunginya.

b. Perubahan perilaku
Perubahan perilaku juga dapat merupakan manifestasi gangguan fungsi spiritual, klien yang merasa cemas dengan hasil pemeriksaan atau menunjukkan kemarahan setelah mendengar hasil pemeriksaan mungkin saja sedang menderita distress spiritual.

8. Peran Keperawatan dalam Spiritualitas

Peran keperawatan dalam meningkatkan spiritualitas harus bersifat individual perawat harus bisa memberikan ketenangan dan kepuasan batin dalam hubungan dengan Tuhan atau agama yang dianutnya terutama bila klien lanjut usia dalam keadaan sakit atau mendekati kematian. Perawat harus meneliti dengan cermat, dimanakah letak keramahan dan letak kekuatan klien agar perawat selanjutnya akan lebih terarah lagi. Dalam hal ini peran perawat antara lain:

a. Pengkaji
   Merupakan fungsi perawat yang terpenting. Pengkajian spiritual dan status saat ini dan menganalisis signifikasi dari hasil tersebut. Data yang diperoleh digunakan sebagai dasar bagi intervensii keperawatan berikutnya. Pengajian yang trampil mencakup mendengarkan dengan penuh perhatian, mengajukan pertanyaan-pertanyaan dengan trampil, mengobservasi dengan penuh pemikiran dan berpikir kritis.
b. Teman
   Sejalan dengan hilangnya kontrasosial lansia stimulasi mental dan harga diri mereka juga mengalami penurunan. Perawat yang mengasuh harus menyediakan waktu untuk lansia, membiarkan mereka menjadi diri mereka sendiri dan mengenal nilaii mereka. Ketrampilan yang diperlukan adalah menunjukkan adanya kasih Tuhan, mendengarkan dengan penuh peratian, memulai percakapan yang mengarah pada topic spiritual dan menyediakan diri secara teratur.
c. Advokat
   Peran advokasi perawat untuk lansia meliputi mendapatkan sumber spiritual bedasarkan latar belakang klien yang unik. Hal tersebut dapat mencakup intervensi untuk kepentingan klien bersama dokternya berkaitan dengan perpanjangan perawatan modis. Peran advoai perawat dapat mencakup menulis surat mebelpon atau melkaukan pendekatan tentang sebab-sebab yang mempengaruhi kesejahteraan klien.
d. Pemberi Asuhan
   Merupakan seorang pengkaji yang cerdik yang tidak hanya melakukan pengkajian dasar terhadap status spiritual yang menyeluurh tapi terus mengkaji klien melalui hubungan. Ketrampilan perawat meliputi bersifat sensitive terhadap kebutuhan yang tidak terungkap, meningkatkan sikap membantu, mendengarkan adanya distress spiritual dan memberikan perawatan fisik dan spiritual secara bersamaan.
e. Manajer Kasus
   Manajer kasus yang bekerja dengan lansia cenderung mengkoordinasikan asuhan klien yang rentan memerlukan bantuan karena usia lanjut, pendapatan rendah, masalah penyakit yang macam-macam atau keterbatasan system pendukung. Ketrampilan keperawatan khusus yang diperlukan mencakup mengelola sumber-sumber yang terbatas untuk mendapatkan manaat ang maksimal mengelola auhan untuk klien guna meminimalkan keletihan akan ancietas, meningkatkan penerimaan terhadap bantuan tanpa menjadi ketergantunagn dan meningkatkan ikatan asal komunitas agama sesorang.

f. Peneliti
Perawat yang meneliti aspek spiritual harus menjaga hak-hak asasi lansia yang menjadi subyek penelitian. Penyelidikan secara prinsip melibatkan sikap religius organisasi, sikap religius pribadi dan korelasi aktivitas religius dengan kesehatan, penyesuaian pribadi dan praktik-praktik lain. Lebih lanjut lagi, upaya penelitian spiritualitas belum sepenuhnya dibantu oleh pemerintah atau sumber pendanaan swasta.

9. Proses Keperawatan

a. Pengkajian
Ada dasarnya informasi awal yang perlu digali secara umum adalah aplikasi agama dalam kehidupan sehari-hari. Keyakinan agama atau spiritual mempengaruhi praktik kesehatan, persepsi tentang penyakit danan strategi koping. Nilai agama atau spiritual mempengaruhi tujuan dan arti hidup dan kematian, kesehatan dan pemeliharaannya, hubungan dengan Tuhan, diri sendiri dan orang lain.
Pengkajian data subyektif empat area yaitu:
- Konsep tentang tuhan dan ketuhanan
- Sumber harapan dan kekuatan
- Praktik agama dan ritual
- Hubungan antara keyakinan spiritual dan kondisi kesehatan

Pengkajian data obyektif perawat perlu mengobservasi:
- Afek dan sikap seperti kesepian, marah, depresi, cemas, agitasi, apatis
- Perilaku keagamaan seperti berdo'a, membaca kitap suci, mengeluh tidak dapat tidur dan bermimpi buruk.
- Verbalisasi dengan menyebut Tuhan, minta dikunjungi tokoh agama, ekspresi rasa takut mati, konflik batin, dan arti keberadaan di dunia.
- Hubungan interpersonal dengan melihat siapa yang mengunjungi, hubungan klien dengan yang lain dan tenaga kesehatan.
- Lingkungan dengan melihat perlengkapan spiritual seperti alat shalat, tasbih dan lainnya.

b. Diagnosa keperawatan
Apabila dari hasil pengkajian data ternyata masalah spiritual yang dapat diatasi dengan intervensi keperawatan mandiri maka istilah yang biasa digunakan adalah distress spiritual (*spiritual distress*), istilah ini selanjutnya dijabarkan dengan lebih spesifik. Yaitu kepedihan spiritual (*spirituall pain*) pengasingan diri (*alenation*) ancietas, rasa bersalah, marah, kehilangan atau putus asa.

c. Perencanaan
Perawat dan klien harus menyusun criteria hasil dan rencana intervensi. Tujuan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami distress spiritual harus difokuskan pada

penciptaan lingkungan yang mendukung praktek keagamaan dan keyakinan yang biasa dilakukan. Tujuan ditetapkan secara individual dengan mempertimbangkan riwayat klien, area beresiko dan tanah-tanah disfungsi serta ata obyrektif yang relevan.

d. Implementasi

Perawat menerapkan prinsip asuhan keperawatan sebagai berikut;

- Periksa keakinan spiritual pribadi perawat.
- Fokuskan perhatian pada persepsi klien terhadap kebutuhan spiritualnya.
- Jangan mengasumsi klien tidak mempunyai kebutuhan spiritual.
- Mengetahui pesan non verbal tentang kebutuhan spiritual klien.
- Berespon secara singkat, spesifik dan factual.
- Menengarkan secara aktif dan menunjukkan empati yang berarti menghargai masalah klien.

e. Evaluasi

Untuk mengevaluasi apakah klien telah mencapai criteria hasil yang diharapkan, perawat perlu mengumpulkan data terkait dengan pencapaian tujuan.

Tujuan asuhan keperawatan tercapai apabila secara umum klien:

- Mampu beristirahat dengan tenang.
- Menyatakan penerimaan keputusan normal/etika.
- Mengekpresikan rasa damai berhubungan dengan Tuhan.
- Menunjukkan hubungan yang hangat dan terbuka dengan pemuka agama.
- Menunjukkan afek yang positip tanpa perasaan marah, dan rasa bersalah .
- Menunjukkan perilaku lebih positip.
- Mengekpresikan arti positip terhadap situasi dan keberadaannya.

10. Intervensi Spiritualitas

Intervensi Spiritualitas berdasarkan kelompok usia:

a. Bayi

Hospitalisasi dan penyakit mempengaruhi rasa percaya bayi terhadap orangtua, perawat dan orangtua harus mempertahankan kontak dengan bayi semaksimal mungkin.

b. Todler dan Pra Sekolah

Menjawab pertanyaan sekonkrit mungkin dan mendukung ritualitas keyakinan agama keluarga sangat peka terhadap isu baik dan buruk. Yakinkan tetap dicintai keluarga dan Tuhan sebagai sumber kekuatan anak.

c. Anak dan Remaja

Takut dan cemas terpisah dari lingkungan danan teman sebaya, sehingga perlu adanya kunjungan dan dukungan.

d. Dewasa dan Lanjut usia

Klarifikasi keyakinan dan komitmen, serta peran serta dalam kegiatan keagamaan dan kelompok sosial.

10. Kesimpulan

Spiritualitas pada lansia bersifat universal, intrinsik dan merupakan proses individual yang berkembang sepanjang rentang kehidupan. Karena aliran siklus kehilangan terdapat pada kehidupan lansia, keseimbangan hidup tersebut dipertahankan sebagian oleh efek positip harapan dari kehilangan tersebut. Lansia yang telah mempelajari cara menghadapi perubahan hidup melalui mekanisme.

Keimanan akhirnya dihadapkan pada tantangan akhir yaitu kematian. Harapan memungkinkan indvidu dengan keimanan spiritual atau religius untuk bersiap menghadapi krisis kehilangan dalam hidup sampai kematian. Peran perawat dalam memenuhi kebutuhan spiritual lansia adalah sebagai pengkaji, teman advokasi, pemberi asuhan, manager kasus dan peneliti. Sejumlah pendekatan keperawatan digunakan untuk memberikan asuhan spiritual. Peran perawat harus menopang mereka yang mengalami distress spirituall dan meningkatkan kesehatan dan kekuatan spirituall pada mereka dengan kesejahteraan spiritual.

B. Psikosexual dalam Keperawatan

1. Latar Belakang

Sexualitas adalah bagian integral dari kepribadian yg merupakan ekspresi dan pengalaman diri yang bersifat multi dimensi dan holistik. Sexualitas berbeda dengan sex karena bersifat lebih kompleks bukan hanya hubungan suami-istri, tetapi ekspresi kepribadian, perasaan fisik dan simbolik tentang kemesraan, menghargai dan saling memperhatikan secara timbal balik. Identitas seksual adalah kondisi anatomis, fisiologis, organ seks, hormon, otak dan saraf pusat, melibatkan kondisi biologis dan psikologis. Peran gender adalah identitas gender diekspresikan secara sosial dalam perilaku. Perilaku seksual ditentukan oleh kebutuhan akan cinta dan kasih sayang, rasa aman psikologis serta harga diri sebagai wanita atau pria.

2. Kesadaran diri Perawat tentang Seksualitas

Perawat dalam merawat kebutuhan manusia secara holistik harus juga melibatkan kebutuhan psikosexual pasien, tetapi seringkali hal ini menjadiu suatu yang peka untuk dibicarakan. Berikut tahapan peran perawat meningkatkan kesadaran diri tentang seksualitas:

a. Tahap ketidaksesuaian kognitif

   Jika perawat dibesarkan dalam lingkungan yang tabu membicarakan masalah seks, akan terbawa saat memberikan asuhan keperawatan pada klien, contohnya pertentangan sebagai perawat profesional dan gadis yang baik tidak membicarakan seks. Perawat perlu mengkaji keyakinannya tentang masalah seksual dan pembenarannya.

b. Tahap ansietas
Perawat mengalami ketidakpastian, takut, syok, dan tidak nyaman, sehingga berperilaku yang tidak terapeutik ketika membahas masalah seksual dengan banyak bicara, tidak mendengarkan dan menangkap isyarat klien.

c. Tahap marah
Kemarahan ditujukan pada diri, klien dan masyarakat dengan menunjukkan rasa bermusuhan tetapi mulai mengakui bahwa masalah seks bersifat emosional.

d. Tahap tindakan
Perasaan marah mulai berkurang, menyadari bahwa menyalahkan diri dan orang lain tidak membantu menyelesaikan masalah seksual klien. Perawat perlu mempelajari kapan pendidikan seks mulai diberikan dan bagaimana cara meningkatkan pengetahuan ttentang seksualitas.

3. Kompetensi yang harus dimiliki perawat dalam aspek Psikosexual

a. Kompetensi Kognitif dan teknikal
Pengetahuan tentang seksualitas seperti anatomi fisiologi organ seksual, tumbuh kembang psikoseksual, mitos seksual dan isu terakhir tentang seksualitas. Perawat harus memiliki ketrampilan pengkajian dengan kepedulian tentang seksualitas, dan ketrampilan mengajar klien informasi dan ketrampilan yang diperlukan.

b. Kompetensi Interpersonal
Perawat perlu memiliki ketrampilan komunikasi interpersonal, sikap tidak menghukum. ketrampilan konseling dan merasa nyaman dengan seksualitas diri.

c. Kompetensi Legal dan etik
Pengetahuan tentang tanggungjawab profesional, kemampuan dan kesediaan secara tepat dan mampu menjaga kerahasiaan dan keprofesionalan profesi.

4. Landasan Teori tentang Respon Seksualitas

a. Teori biologic
Perkembangan gender dipengaruhi oleh faktor genetik. Laki-laki atau perempuan di[pengaruhi daktor somatotipe seseorang mencakup kromosom, hormon, genetalian internal dan eksternal serta gonad. Perbedaan jenis kelamin ditentukan oleh kromosom Y, sedangkan maskulinitas tergantung pada androgen fetal dan paranatal.

b. Teori Psikoanalitik
Seksualitas berkembang sebelum pubertas. Pilihan dalam mengekspresikan seksualitas tergantung faktor keturunan, biologik dan sosial selama fase perkembangan psikoseksual.

c. Teori Perilaku
Perilaku seksual merupakan respon yang dapat diukur dengan komponen fisiologis dan psikologis terhadap stimulus yang dipelajari. Bantuan mengatasi masalah seksual

melibatkan proses mengubah perilaku melalui intervensi langsung tanpa perlu mengidentifikasi penyebab dan psikodinamikanya.

5. Rentang Respon Seksualitas

Respon sexual yg paling adaptif menurut Stuart & Sundeen:

a) Terjadi antara dua orang dewasa
b) Memberi kepuasan timbal balik bagi pihak yg terlibat
c) Tidak membahayakan kedua belah pihak fisik & psiko.
d) Tidak ada paksaan
e) Tidak dilakukan ditempat umum
f) Diterima oleh masyarakat.

6. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Seksualitas

a. Pertimbangan perkembangan
   Proses perkembangan mempengaruhi psikososial, emosi dan biologik. Seksualitas seseorang sejak lahir, gender atau seks memperngaruhi perilaku sepanjang kehidupannya.
b. Kebiasaan hidup sehat dan kondisi kesehatan
   Tubuh, jiwa dan emosi yg sehat merupakan syarat mencapai kepuasan seksual. Trauma, stress, penyakit, kebiasaan tidur, istirahat, gizi dan pandangan hidup mengkontribusi kehidupan seksual. Kondisi kesehatan yg mempengaruhi seks seperti nyeri yang menahun dan menetap bisa menurunkan gairah untuk kontak seksual. Penyakit diabetes mellitus dapat menimbulkan impotensi dan disfungsi lain. Penyakit kardiovaskuler dapat menurunkan respon seksual oleh karena kecemasan akan serangan jantung. Respon seksual dpt meningkatkan kerja jantung dan organ lain shg mengalami ansietas. Penyakity persendian dan gangguan mobilitas (seperti nyeri, kelelahan berlebihan, kekakuan dan gangguan pergerakan) mengakibatkan kurang nyaman dan ansietas. Pembedahan dan citra tubuh mempengaruhi persepsi seseorang sebagai mahluk seksual. Cedera Medula spinalis menimbulkan ketidakmampuan menetap dan kehilangan sensasi. Gangguan jiwa seperti depresi ringan mempengaruhi keinginan dan fungsi seksual.
c. Peran dan hubungan
   Cinta dan rasa percaya kunci utama yang memfasilitasi rasa nyaman. Kualitas hubungan dengan pasangan mempengaruhi hubungan seksual.

d. Konsep diri
Pandangan terhadap diri berdampak langsung terhadap seksualitas seseorang yang rendah diri dan kurang percaya diri akan berdampak negatif terhadap fungsi seksualnya.

e. Budaya, nilai dan keyakinan
Faktor budaya, pandangan masyakat dan norma sosial dapat mempengaruhi seksualitas sseseorang. Budaya turut menentukan lama hubungan, cara stimulasi seksual dan kegiatan seksual.

f. Agama
Pandangan agama berpengaruh terhadap ekspresi seksualitas, seperti keperawanan, kesucian, dan kegiatan seksual.

g. Etik
Seksualitas yang sehat tergantung pada terbebasnya individu dari rasa bersalah dan ansietas. Apa yg diyakini individu bisa berbeda dari orang lain dalam hal kenyaman terhadap pilihan ekspresi seksual, bebas dari rasa salah dan kecemasan.

7. Perkembangan Seksualitas Manusia

a) Bayi sampai 18 bulan
Karakteristik membutuhkan kasih sayang dan stimulasi lewat sentuhan. Bayi laki-laki mulai gejala ereksi. Secara bertahab mampu membedakan diri dan orang lain. Perkenalkan mereka berpakaian dan mainan sesuai dengan gender. Implikasi keperawatan dengan hindarkan penyapihan terlalu dini (deprivasi oral). Sentuhan fisik yang kurang akan berdampak pada gangguan perkembangan fisik dan mental. Hindarkan kerancuan seksual dengan mengenalkan peran laki-laki dan perempuan.

b) Todler (1 – 3 tahun)
Karakteristik seksualitas anak dengan mengendalian BAB dan BAK. Laki-laki dan perempuan menikmati memegang genetalia, dan mengerti tentang anatomi gender diri. Implikasi keperawatan dengan toilet training, dan gunakan istilah yang sesuai untuk bagian tubuh tertentu. Hukuman memegang genetal menimbulkan rasa bersalah dan malu terhadap perilaku seks dikemudian hari.

c) Pra Sekolah (4-6 tahun)
Karakteristik seksualitas sudah diinternalisasi dengan cara bermain dan berpakaian sesuai dengan gender. Menikmati mengeksplorasi bagian tubuh sendiri dan teman bermain. Implikasi keperawatan pada orangtua yang tidak mentoleransi idiosinkrasi perilaku peran seks yang seringkali menimbulkan kecemasan anak. Reaksi berlebih orangtua terhadap masturbasi anak menimbulkan keyakinan bahwa genital dan seks adalah buruk dan kotor..

d) Usia Sekolah
Karakteristik anak keterikatan emosi dengan orangtua jenis kelamin berbeda. Mereka berteman dengan anak yang jenis kelamin sama. Meningkatnya kesadaran diri dan

keingintahuan tentang seks dan berbagi rasa takut. Implikasi keperawatan bahwa anak lebih memilih hubungan dengan jenis seks sama tidak berarti ada kecenderungan homoseks. Berikan informasi yang diinginkan anak dalam bentuk nyata, karena informasi yang didapat dari teman seringkali justru salah.

e) Pra Remaja (10 – 13 tahun)
Memasuki pubertas dengan matangnya tanda seks sekunder. Anak perempuan mulai menstrusi pertama dan kadang menguji batasan perilaku yang ditetapkan orangtua. Implikasi keperawatan berikan informasi tentang perubahan tubuh sebelum memasuki masa pubertas. Jelaskan batasan perilaku berdasarkan nilai dan norma perilaku seksual. Perlakukan perubahan citra tubuh dengan sikap positif.

f) Remaja (13 – 19 tahun)
Karakteristik anak mulai menjalin hubungan dan ketertarikan dengan lawan jenis. Fantasi seksual dan masturbasi mulai dari mencoba sampai ketergantungan. Remaja putri peduli dengan reputasi dan citra diri, sedangkan remaja putra dalam persaingan kegiatan seksual. Implikasi keperawatan orangtua berbagi sistem nilai moral dan keyakinan dengan remaja. Orangtua menempatkan diri sebagai sahabat anak dengan berbagi perasaan dan informasi tentang resiko akibat hubungan seksual yang bebas.

g) Dewasa (20 – 35 tahun)
Menjalin hubungan seksual dan mencoba berbagai ekspresi seksual. Pengetahuan tentang respon seksual meningkatkan kepuasan dengan pasangan. Mengembangkan system nilai dan menghargai nilai orang lain dan berbagi tanggung jawab financial dan tugas rumah tangga dengan pasangan. Implikasi keperawatan mendukung keterbukaan komunikasi antara suami-istri tentang kebutuhan seksual dan perbedaannya. Pengetahuan tentang kontrasepsi untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan. Konseling untuk mencegah penularan penyakit kelamin dan hilangnya kepercayaan terhadap pasangan.

h) Dewasa Lanjut (35 – 55 tahun)
Perubahan tubuh karena proses penuaan dan menapouse. Kualitas hubungan seksual lebih diutamakan daripada kuantitas pengalaman seksual. Anak-anak mulai meninggalkan rumah dan hidup secara mandiri. Kepuasan seksual mungkin meningkat karena tidak takut hamil. Implikasi keperawatan dengan dukungan terhadap suami dan istri tentang apa yamg baik dengan hubungan mereka. Mengajarkan tentang menhadapai perasaan *emptynest syndrome (*perasaan hampa stlh ditinggal anak-anak). Anjurkan pasangan untuk menggunakan masa ini sebagai pembaruan dalam hubungan perkawinan mereka.

i) Lanjut usia (lebih dari 55 tahun)
Orgasme jarang dicapai baik suami atau istri oleh karena sekresi vagina berkurang dan masa resolusi pria memanjang. Perlunya informasi tentang proses menua dan pengaruh terhadap hubungan seksual. Adaptasi perubahan dengan posisi dan memperpanjang waktu stimulasi. Ajarkan alternative kegiatan seksual lain jika keterbatasan kondisi fisik dan gangguan kesehatan.

8. Mitos dan Fakta tentang Seksualitas

a. Masturbasi berlebihan berbahaya
   Individu seringkali merasa bersalah dan malu mengenal masturbasi, yang akhirnya mengingkari pengalaman mereka karena tidak nyaman terhadap tanggapan masyarakat. Faktanya bahwa tidak ada bahaya fisik dari masturbasi. Hanya terbatas pada diri sendiri, apabila jenuh secara seksual, maka individu akan kehilangan rasa tertarik pada rangsangan seksual. Tetapi hal itu diatas juga tergantung dari nilai dan norma yang dianut.
b. Wanita menginginkan kasih sayang berlebihan (Nimfomania)
   Wanita merasa malu dan bersalah terhadap dorongan dan fantasi seksual. Dalam perkawinan, suami bertanggungjawab dalam mengawali kegiatan seksual, yang dapat menimbulkan perasaan benci bagi kedua pasangan. Faktanya menurut Masters dan Johnson, 1995 bahwa Nimfomania tidak merujuk pada ukuran objektif dari puncak kepuasan wanita tetapi pada apa yg dipersepsikan laki-laki sebagai hal yg berlebihan.
c. Individu yg disfungsi seksual mengalami gangguan psikologis lanjut
   Seseorang yang mengalami disfungsi seksual seringkali merasa malu, menutupi masalah dan tidak mencari bantuan professional. Faktanya deprivasi, ketidaktahuan dan sosial budaya merupakan etiologis disfungsi sexual, dan bukan gangguan jiwa.
d. Makin tua, makin dekat dg akhir kegiatan seksual
   Pandangan bahwa makin berumur seseorang maka kegiatan sexual berakhir, dan banyak yang jadi korban dari pandangan ini, bukan karena tubuh kehilangan kemampuan, tetapi karena mereka yakin telah kehilangan kemampuan. Fakta nya laki-laki dan wanita dapat berfungsi efektif sampai usia 80-an jika mereka mengerti tentang perubahan fisiologis proses menua dan tidak membiarkan perubahan tersebut mengancam mereka.
e. Alkohol menurunkan hambatan dan meningkatkan kenikmatan.
   Penggunaan alcohol diyakini dapat meningkatkan kenikmatan dan penampilan seksual. Faktanya tidak ada data empiris yang mendukung keyakinan bahwa alcohol mengurangi hambatan dan meningkatkan kenikmatan seksual.

9. Proses Keperawatan

a) Pengkajian
   Menurut Pasquila dan Craven, 1996, berikut prinsip wawancara aspek psikosexual:
   a. Pendekatan jujur dan fakta klien punya masalah sexual.
   b. Kontak mata dan duduk dekat klien
   c. Waktu yang memadai membahas masalah sexual, jangan terburu-buru.
   d. Pertanyaan terbuka, umum dan luas karena dipengaruhi pengetahuan, persepsi dan dampak penyakit.
   e. Jangan mendesak untuk bicara tentang sex

f. Untuk memulai bicara masalah sex, awali dengan membiacarakan citra diri, kegiatan sehari-hari dan fungsi sebelum sakit.
g. Amati klien selama interaksi untuk mendapatkan informasi tentang masalah yang ingin dibahas dan yang ingin dihindari.
h. Berinisiatif untuk membahas masalah sexual berarti menghargai klien sebagai mahluk seksual.

Data riwayat keperawatan yg perlu dikaji meliputi usia, seks, pendidikan, pekerjaan, orang terdekat bagi klien, kualitas hubungan dengan orang terdekat, minat dan hobi, keyakinan spiritual, agama dan filosofis, masalah kesehatan, kondisi medis dan pembedahan, terapi pengobatan, perubahan hubungan peran sexual, perubahan dalam kemampuan peran sexual, perubahan persepsi sebagai pria/wanita berhubungan dengan penyakit atau peristiwa kehidupan.

b) Mekanisme koping untuk Mengekspresikan masalah seksual**:**
   1) Fantasi untuk meningkatkan kepuasan seksual
   2) Denial dengan tidak mengakui adanya konflik dan ketidakpuasan seksual.
   3) Rasionalisasi atau pembenaran tentang motif, perilaku, perasaan dan dorongan seksual.
   4) Menarik diri untuk mengatasi perasaan lemah, dan ambivalens.
c) Diagnosa Keperawatan
   1) Perubahan pola seksualitas b.d. rasa malu setelah mastektomi ditandai dengan tidak adanya keinginan seksual
   2) Perubahan pola seksual b.d ketidakmampuan mencapai orgasme ditandai tidak adanya kepuasan seksual.
   3) Perubahan pola seksual b.d konflik perkawinan.
   4) Disfungsi seksual b.d minum alcohol berlebihan ditandai ketidakmampuan mempertahankan ereksi
   5) Disfungsi seksual b.d rasa takut thd penetrasi.
d) Masalah-masalah Seksualitas
   1) Transeksualisme adalah Rasa tidak nyaman dan ketidakwajaran seks dengan memperoleh karakteristik lawan jenis.
   2) Pedofilia adalah objek seks seorang anak
   3) Eksibisionisme yaitu memamerkan genital kepada orang lain/umum
   4) Masokisme dan sadisme seksual yaitu kepuasan dengan disakiti dan menyakiti.
   5) Voyeurisme kepuasan mengamati orang telanjang
   6) Fetisisme yaitu kepuasan seksual dengan objek mati (CD, rambut)
   7) Frotterurisme →Meraba tanpa persetujuan
   8) Gangguan seksual hipoaktif yaitu Defisit yg menetap/berulang untuk kegiatan seksual.

9) Gangguan rangsangan seksual yaitu kegagalan untuk mencapai dan mempertahankan respon fisiologis seksual.
10) Hambatan orgasme yaitu keterlambatan atau tidak adanya orgasme walau dengan intensitas, lama dan focus yang mencukupi.
11) Ejakulasi dini yaitu Ejakulasi dengan rangsangan minimal sebelum, selama atau segera setelah penetrasi walau tidak sesuai dg keinginan.
12) Dispareunia yaitu Nyeri saat senggama
13) Vaginismus yaitu Spasme involuteri otot vagina saat hubungan seksual.

e) Perencanaan

Prinsip tindakan keperawatan aspek psikoseksual:

1) Mengetahui perasaan dan pikiran seksual perawat sendiri.
2) Bina hubungan saling percaya
3) Konsultasi
4) Selalu siap membantu klien
5) Komunikasi terbuka klien dengan pasangan
6) Informasi alternative dari permasalahan seksual klien
7) Bimbingan antisipatif

BAB 8

Proses Keperawatan Jiwa

A. Pendahuluan

Pemberian asuhan keperawatan merupakan proses terapeutik yang melibatkan hubungan kerja sama antara perawat dengan klien, keluarga, dan masyarakatuntuk mencapai tingkat kesehatan yang optimal (Carpenito,1989 dikutip oleh Keliat, 1991).Penggunaan proses keperawatan membantu perawat dalam melakukan praktik keperawatan, menyelesaikan masalah keperawatan klien, atau memenuhi kebutuhan klien secara ilmiah, logis, sistematis, dan terorganisasi.

Proses keperawatan bertujuan untuk memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan *kebutuhan* dan *masalah* klien sehingga mutu pelayanan keperawatan menjadi optimal. Dengan menggunakan proses keperawatan, perawat dapat terhindar dari tindakan keperawatan yang bersifat *rutin ,intuisi*, dan *tidak unik bagi individu klien.* Proses keperawatan merupaken sarana/wahana kerja sama perawat dan klien. Umumnya, pada tahap awal peran perawat lebih besar dari peran klien, namun pada proses sampai akhir diharapkan sebaliknya peran klien lebih besar daripada perawat sehingga kemandirian klien dapat tercapai.

Manfaat proses keperawatan bagi perawat:

a. Peningkatan ekonomi, percaya diri dalam memberikan asuhan keperawatan.
b. Tersedia pola pikir/kerja yang logis, ilmiah, sistematis, dan terorganisasi.
c. Pendokumentasian dalam proses keperawatan memperlihatkan bahwa perawat bertanggung jawab dan bertanggung gugat.
d. Peningkatan kepusan kerja.
e. Sarana/wahana desiminasi IPTEK keparawatan.
f. Pengembangan karier, melalui pola piker penelitian.

Manfaat bagi klien:

a. Asuhan yang diterima bermutu dan dipertanggungjawabkan secara ilmiah.
b. Partisipasi meningkat dalam menuju perawatan mandiri (independent care).
c. Terhindar dari malpraktik.

Proses keperawatan pada klien dengan masalah kesehatan jiwa merupakan tantangan yang unik karena masalah kesehatan jiwa mungkin tidak dapat dilihat langsung, seperti pada masalah kesehatan fisik yang memperlihatkan bermacam gejala dan disebabkan berbagai hal. Kejadian masa lalu yang sama dengan kejadian saat ini, tetapi mungkin muncul gejala yang berbeda. Banyak klien dengan masalah kesehatan jiwa tidak dapat menceritakan masalahnya bahkan mungkin menceritakan hal yang berbeda dan kontradiksi.

Hubungan saling percaya antara perawat dan klien merupakan dasar utama dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien gangguan jiwa. Hal ini penting karena peran perawat dalam asuhan keperawatan jiwa adalah membantu klien untuk dapat menyelesaikan masalah sesuai dengan kemampuan yang dimilikinya. Klien mungkin menghindar atau menolak berperan serta dan perawat mungkin cenderung membiarkan, khususnya terhadap klien yang tidak menimbulkan keributan dan tidak membahayakan.

B. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan, atau masalah klien. Data yang dikumpulkan meliputi data *biologis, psikologis, sosial,* dan *spiritual*. Data pada pengkajian kesehatan jiwa dapat dikelompokkan menjadi factor predisposisi, factor presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber koping, dan kemampuan koping yang dimiliki klien (Stuart & Larai, 2001), cara ini yang akan dipakai pada uraian berikut. Cara pengkajian lain berfokus pada 5(lima) dimensi, yaitu fisik, emosional, intelektual, sosial, dan spiritual.

Untuk dapat menjaring data yang diperlukan, umumnya dapat dikembangkan formulir *pengkajian* dan petunjuk teknis pengkajian agar memudahkan dalam pengkajian. Formulir pengkajian yang dianjurkan bagi perawat dirumah sakit jiwa dan mahasiswa keperawatan, dapat dilihat pada lampiran A.

Isi pengkajian meliputi:

1. Identitas klien
2. Keluhan utama/alasan masuk
3. Faktor predisposisi
4. Aspek fisik/biologis
5. Aspek psikososial
6. Status mental
7. Kebutuhan persiapan pulang
8. Mekanisme koping

9. Masalah psikososial dan lingkungan
10. Pengetahuan
11. Aspek medik

Data yang diperoleh dapat dikelompokkan menjadi 2 macam, seperti berita ini.

a) Data *objektif* yang ditemukan secara nyata. Dapat ini didapatkan melalui observasi atau *pemeriksaan* langsung oleh perawat.
b) Data *su*bjektif adalah data yang disampaikan secara lisan oleh klien dan keluarga.

Perawat dapat menyimpulkan kebutuhan atau masalah klien dari kelompok data yang diikumpulkan. Kemungkinan kesimpulan adalah sebagai berikut.

1. Tidak ada masalah tetapi ada keluhan.
   a. Klien tidak memerlukan peningkatan kesehatan,tetapi hanya memerlukan pemeliharaan kesehatan dan memerlukan tindak lanjut (follow-up) secara periodik karena tidak ada masalah,serta klien telah mempunyai pengetahuan untuk antisipasi masalah.
   b. Klien memerlukan peningkatan kesehatan berupa upaya prevensi dan promosi, sebagai program antisipasi terhadap masalah.
2. Ada masalah dengan kemungkinan.
   a. Resiko terjadi masalah karena sudah ada factor yang dapat menimbulkan masalah
   b. Aktual terjadi masalah disertai data pendukung

Masalah utama *(core problem)* adalah prioritas masalah klien dari beberapa masalah yang dimiliki oleh klien. Umumnya masalah umum berkaitat erat dengan alasan masuk atau keluhan utama.

Penyebab *(causa)* adalah salah satu dari beberapa masalah klien yang merupakan penyebab masalah utama. Masalah ini dapat pula disebabkan oleh salah satu masalah yang lain,demikian seterusnya.

Akibat *(effect)* adalah salah satu dari beberapa masalah klien yang merupakan efek/akibat dari masalah utama. Efek ini dapat pula menyebabkan efek yang lain,demikian seterusnya.

Contoh, seorang klien dibawa kerumah sakit jiwa dengan alasan utama klien marah, memukul, dan mengancam lingkungan. Hal ini terjadi setelah klien dihina dan dipermalukan oleh kakaknya. Dari kasus ini dapat diidentifikasi beberapa masalah, yaitu: *Perilaku Kekerasan, Resiko Perilaku Kekerasan Terhadap Orang lain, Gangguan Konsep diri: Harga Diri Rendah. Perilaku Kekerasan* merupakan masalah utama, *Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah* sebagai penyebab dan *Resiko Perilaku Kekerasan Terhadap Orang Lain* sebagai akibat/efek. Pohon masalah tersebut diharapkan dapat memudahkan perawat dalam menyusun diagnosis keperawatan.

Kemampuan perawat yang diharapkan dalam melakukan pengkajian adalah mempunyai kesadaran/titik diri (*self-awareness)*, kemampuan mengobservasi dengan akurat, kemampuan

komunikasi terapeutik dan senantiasa mampu berespons secara efektif (Stuart & Laraia, 2001). Perilaku atau kegiatan yang perlu dilakukan perawat adalah membina hubungan saling percaya dengan melakukan kontrak, mengkaji data dari klien dan keluarga, memvalidasi data dengan klien, mengorganisasi atau mengelompokkan data, serta menetapkan kebutuhan dan/atau masalah klien.

C. Diagnosis

Pengertian diagnosis keperawatan yang dikemukakan oleh beberapa ahli adalah sebagai berikut.

1. Diagnosis keperawatan adalah penilaian atau kesimpulan yang diambil dari pengkajian (Gabie, dikutip oleh Carpenito, 1996).
2. Diagnosis keperawatan adalah masalah kesehatan actual atau potensial yang mampu diatasi oleh perawat berdasarkan pendidikan dan pengalamannya (Gordon, dikutip oleh Carpenito, 1996).
3. Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis tentang respons actual atau potensial dari individu, keluarga, atau masyarakat terhadap masalah kesehatan/proses kehidupan (Carpenito, 1996)
4. Diagnosis keperawatan adalah identifikasi atau penilaian terhadap pola respons klien baik aktual maupun potensial (Stuart dan Laraia, 2001).

Perbedaan Tipe-Tipe Diagnosis

Pernyataan Diagnostik	Tujuan keperawatan atau hasil yang berhubungan	Fokus Intervensi
Dianosis Aktual Pernyataan tiga-bagian meliputi label diagnosis keperawatan, etiologi, dan tanda/gejala	Perubahan perilaku klien beralih kearah resolusi diagnosis atau perbaikan status	Mengurangi atau menghilangkan masalah
Diagnosis Resiko-Tinggi Pernyataan dua-bagian meliputi label diagnosis keperawatan dan faktor resiko	Pemeliharaan kondisi yang ada	Mengurangi factor resiko untuk mencegah terjadinya masalah actual
Diagnosis Kemungkinan Pernyataan dua-bagian meliputi label diagnosis keperawatan dan etiologi yang tidak dikuatkan atau batasan karakteristik yang tidak dikuatkan	Tidak ditentukan kecuali masalah divalidasi	Mengumpulkan data tambahan untuk menguatkan atau menetapkan tanda/gejala atau factor resiko
Masalah Kolaboratif Komplikasi fisiologis actual atau potensial	Tujuan keperawatan	Menentukan awitan atau status masalah Penatalaksanaan perubahan status

Rumusan diagnosis tunggal berdasarkan NANDA. Diagnosa keperawatan prioritas berdasarkan pohon masalah yang telah dibuat. Contoh, Perubahan Sensori/perseps: Halusinasi Pendengaran, sebagai masalah utama (core problem) sebagai prioritas, sedangkan resiko perilaku kekerasan sebagai akibat (effect) sebagai prioritas kedua.

Kemampuan perawat yang diperlukan dalam merumuskan diagnosis adalah kemampuan pengambilan keputusan yang logis, pengetahuan tentang batasan adaptif atau ukuran normal, kemampuan memberi justifikasi atau pembenaran, kepekaan sosial budaya (Stuart & Laraia, 2001). Kegiatan atau perilaku perawat yang dibutuhkan dalam merumuskan diagnosis adalah mengidentifikasi pola data, membandingkan data dengan keadaan adaptif, menganalisis dan mensintesis data, mengidentifikasi kebutuhan atau masalah klien, memvalidasi dan menyusun masalah dengan klien, membuat pohon masalah, merumuskan diagnosis keperawatan, dan menyusun prioritas diagnosis keperawatan.

D. Perencanaan

Perencanaan keperawatan terdiri dari tiga aspek, yaitu tujuan umum, tujuan khusus, dan rencana tindakan keperawatan. Tujuan umum berfokus pada penyelesaian permasalahan (P) secara umum. Tujuan khusus merupakan rumusan kemampuan yang perlu dicapai atau dimiliki klien. Umumnya, kemampuan klien pada tujuan khusus dapat dibagi menjadi tiga aspek (Stuart & Laraia 2001), yaitu kemampuan kognitif, psikomotor dan kemampuan afektif yang perlu dimiliki agar klien percaya pada kemampuan menyelesaikan masalah. Kata kerja yang digunakan untuk menuliskan tujuan ini harus berfokus pada perilaku.

Aspek/Domain	Kata Kerja yang Dipakai
1. Kognitif	Jelaskan, hubungkan, uraikan, identifikasikan, bandinkan, diskusikan, membuat daftar, menyebut.
2. Afektif	Menerima, mengakui, menyadari, menilai, mengungkapkan, mempercayai
3. Psikomotor	Menempatkan, meniru, menyiapkan, mengulang, mengubah, mendemonstrasikan, menampilkan, memberi.

Ketiga aspek tersebut dapat pula dikaitkan dengan berbagai kemampuan klien. Pertama, kemampuan kognitif, psikomotor, dan afektif yang terkait langsung dengan kemampuan klien terhadap diri sendiri. Kedua, kemampuan kognitif, psikomotor, dan afektif yang terkait dengan kemampuan klien dalam menggunakan sumber daya yang tersedia (system pendukung sosial yang tersdedia). Ketiga, kemampuan kognitif, psikomotor, dan afektif klien terkait dengan terapi medikatau terapi lain yang diperlukan.

Kemampuan Klien	Tujuan	Contoh
Kemampuan mengendalikan diri	Pengetahuan/kognitif	Klien dapat menyebutkan penyebab ia marah
	Psikimotor	Klien dapat mendemostrasikan satu cara marah yang kostruktif
	Afektif	Klien dapan mengungkapkan perasaan setelah terapi aktivitas kelompok: latihan asertif
Kemampuan menggunakan sumber daya	Pengetahuan/kognitif	Klien dapat mengidentifikasi teman terdekat
	Psikomotor	Klien dapt meniru cara berbicara yang dicontohkan perawat
	Afektif	Klien dapat menyampaikan pada perawat bila ia mengalami halusinasi
		Klien dapat menyadari manfaat membuka diri pada orang lain
Kemampuan menggunakan terapi	Pengetahuan/kognitif	Klien dapat menyebutkan jam makan obat
	Psikomotor	Klien dapat meminta obat pada jam yang tepat
	Afektif	Klien dapat mengungkapkan perasaan setelah minum obat

Untuk menetapkan tujuan umum dengan tujuan khusus, perawat perlu memiliki kemampuan beroikir kritis dan kemampuan berhubungan kemitraan dengan klien dan keluarganya. Tujuan akan sukar dicapai tanpa kerja sama yang baik antara perawat, klien, dan keluarganya. Rencana tindakan keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dapat mencapai setiap tujuan khusus. Perawat dapat memberikan alasan ilmiah terbaru dari tindakan yang diberikan. Alasan ilmiah merupakan pengetahuan yang berdasarkan pada literatur, hasil penelitian, atau pengalaman praktik.

Rencana tindakan disesuaikan dengan standar asuhan keperawatan jiwa Indonesia atau standar keperawatan Amerika yang membagi karakteristik tindakan menjadi: tindakan konseling/psikoterapeutik, pendidikan kesehatan, perawatan mandiri dan aktvitas hidup sehari-hari, terapi modalitas keperawatan, perawatan berkelanjutan(*continuity-care*), tindakan kolaborasi (terapi somatic dan psikofarmaka). Pada dasarnya, tindakan keperawatan terdiri dari tindakan observasi dan pemantauan (*monitoring),* terapi keperawatan, pendidikan kesehatan, dan tindakan kolaborasi.

Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri perawat, kerja sama dengan klien, kerja sama dengan keluarga, kerja sama dengan kelompok,dan kolaborasi dengan tim kesehatan jiwa yang lain. Dokumentasi rencana tindakan keperawatan dicatat pada formulir dokumen keperawatan yang berlaku dirumah sakit tersebut atau seperti lampiran C, sedangkan peserta didik keperawatan menggunakan formulir seperti lampiran B.

E. Implementasi

Implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Pada situasi nyata, implementasi sering kali jauh berbeda dengan rencana. Hal itu terjadi karena perawat belum terbiasa menggunakan rencana *tertulis* dalam melaksanakan tindakan keperawatan. Yang biasa dilakukan perawat adalah menggunkan rencana *tidak tertulis*, yaitu apa yang *dipikirkan, dirasakan*, itu yang dilaksanakan. Hal itu sangat membahayakan klien dan perawat jika tindakan berakibat fatal, dan juga tidak memenuhi aspek legal.

Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat, apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan oleh klien saat ini (*here and now*). Perawat juga menilai diri-sendiri, apakah mempunyai kemampuan interpersonal, intelekrual dan teknikal yang diperlukan untuk melaksanakan tindakan. Pada saat akan melaksanakan tindakan keperawatan, perawat membuat kontrak dengan klien yang isinya menjelasakan apa yang akan dikerjakan dan peran serta yang diharapkan dari klien. Dokumentasikan semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respon klien.

F. Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan terus-menerus pada respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi dibagi dua, yaitu evaluasi proses atau formatif yang dilakukan setiap selesai melaksanakn tindakan, evaluasi hasil sumatif yang dilakukan dengan membandingkan antara respon klien dan tujuan khusus serta umum yang telah dilakukan.

EVALUASI DAPAT DILAKUKAN DENGAN MENGGUNAKAN PENDEKATAN SOAP, SEBAGAI POLA PIKIR	
S	Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Dapat diukur dengan menanyakan: "Bagaimana perasaan ibu setelah latihan napas dalam?"
O	Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Dapat diukur dengan mengobservasi perilaku klien pada saat tindakan dilakukan, atau menanyakan kembali apa yang telah diajarkan atau memberi umpan balik sesuai dengan hasil observasi.
A	Analisis ulang atas daya subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada data yang kontradiksi dengan masalah yang ada, dengan membandingkan hasil dengan tujuan khusus yang ingin dicapai.
P	Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil anallisis pada respon klien yang terdiri dari tindak lanjut klien (PR), dan tindak lanjut oleh perawat.

Rencana tindak lanjut dapat berupa:

1. Rencana diteruskan jika masalah tidak berubah.
2. Rencana dimodifikasi jika masalah tetap dan semua tindakan telah dijalankan, tetapi hasil belum memuaskan.

3. Rencana dibatalkan jika ditemukan masalah baru dan bertolak belakang dengan masalah yang ada; diagnosis lama juga dibatalkan.
4. Rencana atau diagnosis selesai jika tujuan sudah tercapai dan diperlukan adalah memelihara dan mempertahankan kondisi yang baru.

Klien dan keluarga perlu dilibatkan dalam evaluasi agar dapat melihat adanya perubahan, serta berupaya mempertahankan dan memelihara perubahan tersebut. Pada evaluasi sangat diperlukan *reinforcement* untuk menguatkan perubahan yang positif. Klien dan keluarga juga dimotivasi untuk melakukan *self- reinforcement*.

Dokumentasi implementasi dan evaluasi tindakan keperawatan oleh perawat serta peserta didik keperawatan, dianjurkan menggunakan formulir yang sama dengan lampiran D. dokumentasi proses keperawatan di unit rawat jalan/gawat darurat/rehabilitasi/elektromedik, dianjurkan menggunkan formulir yang sama dengan lampiran E.

Unit 3

PERUBAHAN KESEHATAN JIWA

9. Konsep Diri
10. Kecemasan
11. Intervensi Krisis
12. Koping pada Kehilangan, Kematian, dan Dukacita

BAB 9

Konsep Diri

A. Pendahuluan

Klien dirawat di rumah sakit umum dengan masalah fisik juga mengalami masalah psikososial seperti, berdiarn diri, tidak ingin bertemu dengan orang lain, rnerasa kecewa/ putus asa, malu dan tidak berguna disertai keragu-raguan dan percaya diry yang kurang, Pemeriksaan penunjang yang dilakukan klien (laboratorium, CT.-scan) dan tindakan (suntik, infus, observasi rutin) sering membuat klien merasa sebagai obyrk. Keluarga juga sering merasakan kekhawatiran dan ketidakpastian keadaan klien ditarnbah dengan kurangnya waktu petugas kesehatan (perawat dan dokter) untuk membicarakan, keadaan klien. Terutama pada ruangan gawat darurat, tim kesehatan fokus pada penyelamatan klien. dengan segera. Klien dan keluarga sering tidak diajak berkomunikasi, kurang diberi informasi yang dapat mengakibatkan perasaan sedih, ansietas, takut, marah, frustrasi, tidak berdaya karena informasi yang tildak jelas disertai ketidakpastian. Mereka tidak mengetahui proses yang terjadi, sewaktu-waktu mereka dipanggil untuk mernbeli obat atau alat. Mereka tidak berani bertanya, atau jika bertanya akan mendapat jawaban yang tidak mernuaskan

Dengan melakukan asuhan keperawatan pada konsep diri klien yang diintegrasikan secara komprehensif pada program asuhan klien diharapkan klien dan keluarga sesegera mungkin dapat berperan serta sehingga "self-care" (periwatan diri) dan "familv support" (dukungan keluarga dapat terwujud). Keadaan klien dan keluarga ini dapat diatasi dengan cara meningkatkan kualitas asuhan pelayanan keperawatan. Salah satu aspek yang dapat dilakukan adalah asuhan keperawatan psikososial khususnya perawatan konsep diri klien dengan memnberdayakan keluarga dan sistern, pendukung klien. Klien gangguan jiwa yang dirawat

di rumah sakit jiwa juga perlu dikaii konsep dirinva. Respons individu dapat berfluktuasi dari adaptif ke rnaladaptif. Respons maladaptive sering ditemukan pada klien gangguan jiwa.

B. Pengertian Konsep Diri

Konsep diri adalah semua ide, pikiran, kepercayaan dan pendirian yang diketahui oleh individu tentang dirinya dan mempengaruhi individu dalam berhubungan dengan orang lain, (Stuart dan Sundeen, 1991; 372)

Konsep diri termasuk persepsi individu akan sifat dan kemampuannya, interaksi dengan oranglain dan lingkungan, nilai-nilai yang berkaitan dengan pengalaman dan objek, tujuan dan keinginannya.

Menurut Beck, Willian dan Rawlin yang dikutip oleh Kelliat, 1992; 2 bahwa konsep diri adalah cara individu memandang dirinya secara utuh; fisikal, emosi, intelektual, social dan spiritual.

Perkembangan Konsep Diri

1. Konsep diri belum ada saat lahir
2. Konsep diri berkembang secara bertahap sejak bayi mengenal dan membedakan dirinya dengan oranglain
3. Konsep diri dipelajari dari kontak social dan pengalaman berhubungan dengan oranglain
4. Keluarga mempunyai peran yang sangat penting dalam membantu perkembangan konsep diri dan dasar pembentukan konsep diri
5. Keluarga memberikan perasaan mampu atau tidak mampu, perasaan diterima atau ditolak, kesempatan untuk identifikasi dan penghargaaan yang pantas tentang tujuan, perilaku dan nilai. Suasana keluarga yang saling menghargai, penerimaan akan kemampuan anak dan pandangan yang positif akan mendorong kreatifitas, aktualisasi dan kesadaran akan potensi diri.

C. Rentang Respon Konsep Diri

Konsep diri merupakan aspek kritikal dan dasar dari perilaku individu. Individu dengan konsep diri positip dapat berfungsi lebih efektif yang terlihat dari kemampuan interpersonal, intelektual dan penguasaan lingkungan. Konsep diri yang negative dapat dilihat dari hubungan individu dan social yang maladaptive. Konsep diri terdiri atas komponen: citra diri, ideal diri, harga diri, penampilan peran dan identitas personal. Respons individu terhadap konsep dirinya beffluktuasi sepanjang rentang konsep yaitu dari adaptif sampai inadaptif.
Rentang respon Konsep diri sebagai berikut (Stuart & Sundeen, 1991; 374):

D. Komponen Konsep Diri

1. Gambaran Diri (*Body image*)

Gambaran diri adalah sikap seseorang terhadap tubuhnya secara sadar maupun tidak sadar. Sikap ini mencakup persepsi dan perasaan tentang ukuran dan bentuk, fungsi, penampilan dan potensi tubuh saat ini dan masa lalu.

Pada usia remaja, focus individu terhadap fisik lebih menonjol dari periode kehidupan yang lain. Bentuk tubuh, tinggi badan, berat badan, pertumbuhan sekunder, perkembangan mamae, perubahan suara, pertumbuhan bulu, menstruasi, semua akan menjadi bagian dari gambaran diri. Gambaran diri berhubungan erat dengan kepribadian. Cara individu memandang diri mempunyai aspek psikologis terhadap penerimaan, pandangan realistic yang akan memberi rasa aman dan meningkatkan harga diri.

Gangguan citra tubuh adalah perubahan persepsi tentang tubuh yang diakibatkan oleh perubahan ukuran, bentuk, struktur, fungsi, keterbatasan, makna dan obyek yang sering kontak dengan tubuh. Pada klien yang dirawat di rumah sakit umum, perubahan citra tubuh sangat mungkin terjadi dengan stressor seperti:

- Perubahan ukuran tubuh: berat badan yang turun akibat penyakit
- Perubahan bentuk tubuh: tindakan invasif. seperti operasi, suntikan, daerah pemasangan infus
- Perubahan struktur, sarna dengan perubahan bentuk tubuh disertai pernasangan alat di.dalam tubuh
- Perubahan fungsi: berbagai penyakit ynng dapat rnerubah sistem tubuh
- Keterbatasan: gerak, makan, kegiatan
- Makna dan objek yang sering kontak: penampilan dan dandan berubah, pemasangan alat pada tubuh klien (infus, traksi, respirator, suntik, pemeriksaan tanda vital, d1l)

Tanda dan gejala Gangguan Citra Tubuh:

1. Menolak melihat dan menyentuh bagian tubuh yang berubah
2. Tidak menerima perubahan tubuh yang telah terjadi/akan terjadi
3. Menolak penjelasan perubahan tubuh
4. Persepsi negatif pada tubuh
5. Preakupasi dengan bagian tubuh yang hilang
6. Mengungkapkan keputusasaan
7. Mengungkapkan ketakutan

Masalah keperawatan yang mungkin timbul:

a. Gangguan citra tubuh
b. Gangguan harga diri

Dari masalah ini keduanya dapat ditemukan pada klien gangguan fisik. Sedangkan pada klien gangguan jiwa, masalah keperawatannya adalah _gangguan harga diri.

2. Ideal Diri

Ideal diri adalah persepsi individu tentang bagaimana ia harus berperilaku sesuai dengan standar pribadi. Standar berhubungan dengan tipe orang yang diinginkan, aspirasi, cita-cita dan nilai yang ingin dicapai. Ideal diri akan mewujudkan cita-cita dan harapan pribadi berdasarkan norma social dan kepada siapa ia ingin lakukan.

Perkembangan ideal diri dapat dipengaruhi oleh orang yang penting bagi dirinya yang memberikan tuntutan dan harapan. Pada usia remaja, ideal diri dibentuk melalui proses identifikasi pada orangtua, guru, teman atau yang lain.

Ada beberapa factor yang mempengaruhi ideal diri:

a) Kecenderungan individu menetapkan ideal diri pada batas kemampuannya.
b) Faktor budaya akan mempengaruhi individu menetapkan ideal diri.
c) Ambisi dan keinginan untuk melebihi dan berhasil, kebutuhan yang realities, keinginan untuk menghindari kegagalan, perasaan cemas dan rendah diri.

Gangguan ideal diri adalah ideal diri yang terialu tinggi, sukar dicapai dan tidak realistis. Ideal diri yang samar dan tidak jelas dan cenderung menuntut.

Pada klien yang dirawat di rurnah sakit karena sakit fisik maka ideal dirinya dapat terganggu. Atau ideal diri klien terhadap hasil pengobatan yang terlalu tinggi dan sukar dicapai.

Tanda dan gejala yang dapat dikaji

1. Mengungkapkan keputusasaan akibat penvakitnya, misalnya saya tidak bisa ikut ujian karena sakit, saya tidak bisa lagi jadi peragawati karena bekas operasi di muka saya, kaki saya yang dioperasi membuat saya tidak dapat main bola.
2. Mengungkapkan keinginan yang.terlalu tinggi, misalnya: saya pasti bisa sernbuh padahal prognosa penyakitnya buruk; setelah sehat saya akan sekolah lagi padahal penyakitnya mengakibatkan tidak mungkin lagi sekolah.

Masalah, keperawatan yang mungkin timbul adalah

1. Ideal diri tidak realistis
2. Gangguan harga diri harga diri rendah
3. Ketidakberdayaan
4. Keputusasaan

3. Harga Diri

Harga diri adalah penilaian pribadi terhadap hasil yang dicapai dengan menganalisa seberapa jauh perilaku memenuhi ideal diri. Harga diri diperoleh dari diri sendiri dan oranglain. Aspek utama adalah dicintai dan menerima penghargaan dari oranglain. Harga diri akan rendah jika kehilangan kasih sayang dan penghargaan orang lain.

Menurut Coopersmith yang dikutip oleh Stuart and Sundeen ada empat cara meningkatkan harga diri:

1. Memberi kesempatan berhasil, dengan memberi tugas yang dapat diselesaikan dan memberi pujian dan pengakuan atas keberhasilan.
2. Menanamkan gagasan, yang dapat memotivasi kreatifitas untuk berkembang.
3. Mendorong aspirasi, dengan menanggapi dan memberikan penjelasan atas pertanyaan dan pengakuan serta sokongan untuk aspirasi yang positif.
4. Membantu membentuk koping, dengan memberikan latihan dan contoh penyelesaian masalah yang baik.

Ganggguan Harga Diri dapat digambarkan sebagai perasaan yang negatif terhadap diri sendiri, hilang kepercayaan diri, merasa gagal mencapai keinginan,

Gangguan harga diri rendah dapat terjadi secara:

1. Situasional

   Yaitu terjadi trauma yang tiba-tiba, rnisalriya harus operasi, kecelakaan, dicerai suarni, putus sekolah, putus hubungan kerja, perasaan malu karena sesuatu (korban perkosaan, dituduh KKN, dipenjara tiba-tiba),

   Pada klien yang dirawat dapat terjadi hargap diri rendah, karena:

   - Privacy yang kurang diperhatikan, misalnya: pemeiksaan fisik yang sembarangan, pemasangan alat yang tidak sopan (pencukuran pubis, pemeriksaan perineal, pemasangan kateter)
   - Harapan akan struktur, bentuk dan fungsi tubuh yaitu tidak tercapai karena dirawat/ sakit/penyakit
   - Perlakuan petugas kesechatan yaitu tidak menghargai, misalnya berbagai pemeriksaan dilakukan tanpa penjelasan, berbagai tindakan tanpa persetujuan.

   Kondisi ini.banyak ditemukan pada klien gangguan fisik.

2. Kronik

   Yaitu perasan negatif terhadap diri telah berlangsung lama, vaitu sebelum sakit/ dirawat. Klien ini mempunyai cara berfikir yang negalif. Kejadian sakit dan dirawat akan menarnbah persepsi negatif terhadap dirinva. Kondisi ini mengakibatkan respons yang maladaptive.

   Kondisi ini dapat ditemukan pada klien gangguan fisik yang kronis atau pada klien gangguan jiwa.

Tanda dan Gejala yang dapat dikaji:

1. Perasaan malu terhadap diri sendiri akibat penyakit dan akibat tindakan terhadap penyakit. Misalnya: malu dan sedih karena rambut jadi botak setelah mendapat terapi sinar pada kanker.
2. Rasa bersalah terhadap diri sendiri. MisaInya: ini tidak akan terjadi jika saya segera kerumah sakit, menyalahkan/mengejek dan mengkritik diri sendiri.
3. Merendahkan martabat. Misal: saya tidak bisa, tidak marnpu, saya orang bodoh dan tidak tahu apa-apa.
4. Gangguan hubungan sosial, seperti menarik diri. Klien tidak ingin bertemu orang lain, lebih suka sendiri.
5. Percaya diri kurang. Klien sukar mengambil keputusan, misalnya tentang memilih alternatif tindakan
6. Mencederai diri. Akibat harga diri rendah disertai harapan surarn, mungkin klien ingin mengakhiri kehidupan.

Masalah keperawatan yang mungkin timbul

1. Gangguan harga diri - harga diri rendah situasional atau kronik.
2. Keputusasaan
3. Isolasi sosiat: menarik diri
4. Risiko perilaku kekerasan

4. Peran

Peran adalah pola sikap, perilaku, nilai dan tujuan yang diharapkan dari seseorang berdasarkan posisinya dimasyarakat. Setiap orang disibukkan oleh beberapa peran yang berhubunga dengan posisinya dimasyarakat pada setiap waktu sepanjang daur hidupnya. Posisi dimasyarakat dapat merupakan stressor terhadap peran karena struktur social yang menimbulkan kesukaran dan atau posisi yang tidak mungkin dilaksanakannya.

Stress peran terdiri dari konflik peran, peran yang tidak jelas, peran yang tidak sesuai dan peran yang terlalu banyak. Banyak factor yang mempengaruhi dalam menyesuaikan diri dengan peran yang harus dilakukan:

a. Kejelasan perilaku dan pengetahuan yang sesuai dengan peran
b. Konsistensi respon orang yang berarti terhadap peran yang dilakukan.
c. Kesesuaian dan keseimbangan antar peran yang diemban
d. Keselarasan budaya dan harapan individu terhadap perilaku peran
e. Pemisahan situasi yang akan menciptakan ketidaksesuaian perilaku peran.

Gangguan penampilan peran adalah berubah atau berhenti fungsi peran yang disebabkan oIeh penyakit, proses menua, putus sekolah, putus hubungan kerja. Pada klien yang sedang dirawat di rurnah sakit otornatis peran sosial klien berubah menjadi peran sakit. Peran klien yang berubah adalah:

- Peran dalarn keluarga
- Peran dalarn pekerjaan/sekolah
- Peran dalarn berbagai kelompok

Klien tidak dapat melakukan peran yang biasa dilalakukan selama dirawat di rumah sakit atau setelah kembali dari rumah sakit, klien tidak mungkin melakukan perannya vang biasa.

Tanda dan Gejala yang dapat dikaji:

1. Mengingkari ketidakmampuan menjalankan peran
2. Ketidakpuasan peran .
3. Kegagalan menjalankan peran yang baru
4. Ketegangan menjalankan peran vang baru
5. Kurang tanggung jawab
6. Apatis/bosan/jenuh dan putus asa

Masalah keperawatan yang mungkin timbul

1. Perubahan penampilan peran
2. Ganguan harga diri
3. Keputusasaan
4. Ketidakberdayaan

5. Identitas Diri

Identitas adalah kesadaran akan diri sendiri yang bersumber dari observasi dan penilaian, yang merupakan sintesa dari semua aspek konsep diri sebagai suatu kesatuan yang utuh. Seseorang yang mempunyai identitas diri yang kuat akan memandang dirinya berbeda dengan oranglain, unik dan tiada duanya. Perkembangan identitas diri sejak kanak-kanak bersamaan dengan perkembangan konsep diri. 6 ciri identitas ego:

a. Mengenal diri sendiri sebagai organisme yang utuh dan terpisah dari orang lain
b. Mengakui jenis kelamin sendiri
c. Memandang semua aspek dalam dirinya sebagai suatu keselarasan
d. Menilai diri sendiri sesuai dengan penilaian masyarakat
e. Menyadari hubungan masa lalu, sekarang dan yang akan dating
f. Mempunyai tujuan yang bernilai dan dapat direalisasikan.

Ciri-ciri Kepribadian yang sehat:

1. Gambaran diri positif dan akurat
2. Ideal diri realities
3. Konsep diri positif
4. Harga diri cukup tinggi

5. Kepuasan penampilan peran
6. Identitas jelas

E. Faktor Predisposisi

Faktor yang mempengaruhi harga diri

a. Pengalaman masa kanak-kanak
b. Pola asuh anak; orangtua yang kasar, membenci dan tidak menerima.
c. Anak yang tidak menerima kasih sayang sehingga gagal mencintai diri dan orang lain. Gagal bertanggung jawab, gagal mengembangkan kemampuan diri dan banyak menuntut sehingga ideal diri tidak tercapai.

Faktor yang mempengaruhi Penampilan Peran, seperti Peran dimasyarakat sesuai dengan jenis kelamin. Misalnya wanita dianggap kurang mampu, kurang mandiri, kurang objektif dan rasional dibanding pria.

Faktor yang mempengaruhi Identitas Diri, seperti pola asuh orangtua yang terlalu curiga pada anak sehingga anak kurang percaya diri dan control orangtua yang berlebihan sehingga anak membenci orangtuanya.

F. Faktor Presipitasi

Stresor yang berhubungan dengan Bodi Image

1. Hilangnya bagian tubuh
2. Tindakan operasi
3. Proses patologi penyakit
4. Perubahan struktur dan fungsi tubuh
5. Proses pertumbuhan dan perkembangan
6. Prosedur tindakan dan pengobatan.

Stressor yang berhubungan dengan Harga Diri

1. Penolakan orangtua
2. Kurang penghargaan dari orangtua
3. Pola asuh anak; terlalu dilarang, dikontrol, dituntut.
4. Bersaing dengan saudara
5. Kesalahan dan kegagalan yang berulang-ulang
6. Gagal menerima tanggung jawab
7. Menentukan standar yang tidak dapat dicapai.

Stressor yang berhubungan dengan Peran

1. Transisi Peran

2. Transisi perkembangan, setiap perkembangan merupakan ancaman bagi identitas dan konsep diri
3. Transisi situasi
4. Perubahan status yang menyebabkan perubahan peran; menjadi orangtua, kelahiran, kematian.
5. Transisi Sehat – sakit
6. Stressor tubuh seperti kehilangan bagian tubuh, kerusakan bagian tubuh, prosedur medis dan keperawatan.
7. Ketegangan Peran
8. Konflik peran dan peran terlalu banyak
9. Peran tidak jelas

G. Perilaku Perubahan Konsep Diri

1. Perilaku yang Berhubungan dengan Harga Diri Rendah

Menurut Stuart and Sundeen, 1991; 85, ada 9 cara individu mengekspresikan secara langsung harga diri rendah:

1. Mengejek dan mengkritik diri, pandangan negative terhadap diri seperti "saya bodoh, tidak tahu apa-apa ".
2. Merendahkan martabat, menolak kemampuan yang dimiliki.
3. Rasa bersalah dan khawatir, menghukum diri. Dimanifestasikan dengan phobia, obsesi.
4. Manifestasi fisik seperti tekanan darah tinggi, psikosomatis, penyalahgunaan zat.
5. Menunda keputusan, ragu-ragu dan rasa aman terancam.
6. Gangguan berhubungan social seperti kejam, merendahkan orang lain, menarik diri, isolasi social.
7. Menarik diri dari realitas seperti asosiasi, halusinasi, curiga.
8. Merusak diri
9. Merusak/melukai orang lain

Perilaku yang berhubungan dengan harga diri rendah:

. Kritik diri sendiri/oranglain	. Pesimis terhadap kehidupan
. Produktifitas menurun	. Keluhan fisik
. Destruktif pada oranglain	. Pandangan hidup terpolarisasi
. Gangguan berhubungan	. Menolak kemampuan diri
. Perasaan tidak mampu	. Mengejek diri
. Rasa bersalah	. Merusak diri
. Iritabel, mudah marah	. Penyalahgunaan zat
. Sikap negative terhadap diri	. Menarik diridari realitas
. Ketegangan peran	. Cemas dan takut

2. Perilaku yang Berhubungan dengan Identitas Kabur

Kegagalan mengintegrasikan berbagai identifikasi pada masa kanak-kanak secara selaras dan harmonis mengakibatkan identitas kabur. Klien mengalami kesukaran tampil sesuai dengan jenis kelamin dan hubungan interpersonal yang kacau.

Perilaku berhubungan dengan identitas kabur:

* Kode moral tidak dilakukan * Kontradiksi dengan cirri kepriba dian * Eksploitasi hubungan interpersonal. * Perasaan kosong * Perasaan tentang diri yang berfluktuasi	* Tidak mampu berempati * Tidak ada/kurang cirri kepribadian * Kecintaan pada diri yg patologis * Masalah dalam hubungan intim * Ideal diri tidak realities * Kacau identitas sexual

3. Perilaku yang berhubungan Depersonalisasi

Depersonalisasi adalah perasaan yang tidak realities dimana klien tidak dapat membedakan stimulasi dari dalam maupun dari luar dirinya. Ini mencakup perasaan asing terhadap diri sendiri, sukar membedakan dirinya dengan oranglain atau lingkungan.

Perilaku yang berhubungan dengan depersonalisasi:

Afektif	Persepsi	Kognitif	Perilaku
. Kehilangan identitas. . Perasaan asing terhadap diri sendiri . Perasaan tidak aman, rendah diri takut dan malu . Tidak realities . Merasa terisolasi . Tidak ada rasa puas.	. Halusinasi pende ngaran dan penglihatan. . Ragu akan jenis sexual . Sukar membedakan diri dengan orang lain . Merasakan dunia sebagai mimpi	. Kacau . Disorientasi waktu dan tempat . Distorsi pikiran . Gangguan daya ingat . Gangguan penilaian.	. Afek tumpul . Pasif dan tidak respon. . Komunikasi tidak selaras. . Tidak spontan . Tidak dapat mengontrol impuls . Tidak ada inisiatif dan tidak mampu mengambil keputusan. . Menarik diri

G. Mekanisme Koping

Koping jangka Pendek

1. Aktifitas yang memberi kesempatan lari sementara dari krisis
2. Misalnya pemakaian obat, ikut musik rock, balap motor/mobil, olahraga berat, obsesi nonton TV.
3. Aktifitas yang memberi kesempatan mengganti identitas
4. Misalnya ikut kelompok tertentu, pengikut kelompok tertentu.

5. Aktifitas yang memberi kekuatan atau dukungan sementara terhadap konsep diri/ identitas kabur
6. Misalnya aktivitas kompetesi seperti olahraga, prestasi akademik, kontes dan lain-lain.
7. Aktifitas yang memberi arti dari kehidupan.

Mekanisme koping yang sering digunakan fantasi, disosiasi, isolasi, proyeksi dan menghindar.

H. Proses Keperawatan Perubahan Konsep Diri

1. Diagnosa Keperawatan

Contoh diagnosa keperawatan pada perubahan konsep diri:

1. Gangguan gambaran diri.
2. Gangguan harga diri
3. Gangguan identitas diri

2. Pohon Masalah

Diagnosa:

1.1. Perubahan penampilan peran

1.2. harga diri rendah

3. Perencanaan

Tujuan umum dari tindakan keperawatan adalah memfasilitasi aktualisasi diri klien dengan membantu tumbuh, berkembang, menyadari kemampuan untuk mengkompensasi kekurangan.

4. Intervensi Keperawatan

Prinsip tindakan keperawatan pada perubahan konsep diri dibagi menjadi 5 tingkat (Stuart and Sundeen, 1991; 396):

1. Memperluas kesadaran diri (Expanded self-awareness)
2. Menyelidiki/eksplorasi diri (Self-exploration)
3. Mengevaluasi diri (Self-evaluation)
4. Perencanaan realities (Realitic planning
5. Tanggung jawab bertindak (Commitment to action)

Tindakan keperawatan berdasarkan tingkatan adalah:

Tingkat 1; Memperluas kesadaran diri

Prinsip	Rasional	Intervensi
1. Meningkatkan keterbukaan dan hubungan saling percaya	Menurunkan ancama dari sikap perawat thd klien dan memba tu klien memperluas dan menerima semua aspek diri	1. Tindakan penerimaan yg tidak kaku 2. Dengarkan klien 3. Dorong mendiskusikan pikiran dan perasaan klien 4. Beri respon yang tidak menghakimi 5. Tunjukkan klien individu yg berhar ga dan bertanggungjawab thd diri
2. Bekerja dengan klien dg tingkat kemampuan yg dimilik klien	Tingkat kemampuan klien seperti menilai realita, control diri atau integritas ego.	1. Identifikasi kemampuan klien 2. Mulai dengan penegasan identitas 3. Beri dukungan 4. Pendekatan yang tidak menuntut 5. Cegah isolasi 6. Ciptakan kegiatan rutin yg sederha na. 7. Beri batasan perilaku yg tidak sesuai 8. Orientasi kerealitas 9. Beri pujian dan pengakuan untuk perilaku yg tepat.
3. Maksimalkan peran serta klien dalam hubungan terapeutik.	Kerjasama klien penting untuk menerima tanggungjawab.	1. Secara bertahap tingkatkan peran klien dalam mengambil keputusan. 2. Tunjukkan bahwa klien orang yg bertanggungjawab.

Tingkat 2; Menyelidiki diri

Prinsip:

1. Membantu klien menerima perasaan dan pikirannya.
2. Menolong klien untuk menjelaskan konsep dirinya dan hubungan dengan orang lain melalui keterbukaan,
3. Sadari dan control perasaan perawat
4. Memberi respon empati dan tekankan bahwa kekuatan untuk berubah ada pada klien

Tingkat 3; Mengevaluasi diri

Prinsip:

1. Membantu klien untuk menetapkan masalahnya secara jelas.
2. Teliti koping klien yang adaptif terhadap masalah yang dihadapi.

Tingkat 4; Perencanaan Realitis

Prinsip:

1. Bantu klien mengidentifikasi alternative pemecahan masalah.
2. Bantu klien mengkonseptualisasi tujuan yang realities

Tingkat 5; Tanggung jawab bertindak

Prinsip:

1. Bantu klien melakukan tindakan yang perlu untuk mengubah respon maladaptive dan mempertahankan yang adaptif

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN PADA

A. DIAGNOSA: Perubahan penarnpilan peran

TUJUAN UMUM: Klien dapat melanjutkan peran sesuai.dengan tanggungjawabnva

TUJUAN KHUSUS:

1 . Klien dapat membina hubungan saling percava dengan perawat
2. Klien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki
3. Klien dapat menilai kemampuan yang dapat digunakan
4. Klien dapat menetapkan (merencanakan) kegiatan sesuai kernampuan yang dimiliki
5. Klien dapat melakukan kegiatan sesuai kondisi sakit dan kemampuannya
6. Klien dapat memanfaatkan sistem penduduk vang ada

TINDAKAN KEPERAWATAN

1.1. Bina hubungan saling percaya
   a. Salam terapeutik
   b. Perkenalkan diri
   c. Jelaskan tujuan interaksi
   d. Ciptakan lingkungan yang tenang
   e. Buat kontrak, yangj elas (apa yang akan dilakukan/dibicarakan, waktu)

1.2. Beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaanya tentang penyakit vang diderita

1.3. Sediakan waktu untuk mendengarkan klien

1.4. Katakan pada klien bahwa ia adalah seseorang yang berharga dan bertanggung jawab serta mampu menolong dirinya sendiri

2.1. Diskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien. Dapat dimulai dari bagian tubuh yang masih berfungsi dengan baik, kemampuan lain yang dimiliki oleh klien, aspek positif (keluarga, lingkungan yang dimiliki klien. Jika klien tidak rnampu mengidentifikasi maka dimulai oleh perawat sendiri memberi „reinforcement" (pujian) terhadap aspek positif klien
2.2. Setiap berternu klien, hindarkan memberi penilaian negatif. Utamakan memberi pujianyang realistis

3.1. Diskusikan dengan klien kemampuan yiang masih dapat digunakan selania sakit Misalnya: penampilan klien dalam „self care" latihan fisik dan ambulasi serta aspek asuhan terkait dg gangguan fisik yang dialami klien.
3.2. Diskusikan pula kemampuan yang dapat dilanjutkan penggunaannya setelah pulang sesuai dengan kondisl sakit klien.
4.1. Rencanakan berarna klien aktifitass vang dapat dilakukan setiap hari sesuai kernampuan: kegiatan mandiri, kegitan dengan bantuan sebagian, kegiatan yang mernbutuhkan bantuan total.
4.2. Tingkatkan kegiatan sesuai dengan toleransi kondisi klien
4.3. Beri contoh cara pelaksanaan kegiatan yang boleh klien lakukan (sering klien takut melaksanakannya).

5.1. Beri kesernpatan pada klien untuk mencoba kegiatan yang telah direncanakan
5.2. Beri pujian atas keberhasilan klien
5.3. Diskusikan kemungkinan pelaksanaan di rumah

6.1. Berikan pendidikan kesehatan pada keluarga. tentang cara merawat klien dengan harga diri rendah
6.2. Bantu keluarga memberi dukungan selama klien dirawat
6.3. Bantu keluarga menyiapkan lingkungan di rumah

HASIL YANG DIHARAPKAN

1. Klien mengungkapkan perasaanya terhadap penyakit vang diderita
2. Klien menyebutkan aspek positif dan kemampuan dirinya (fisik, intelektual, system pendukung)
3. Klien berperan serta dalam perawatan dirinva
4. Percaya diri klien dengan menetapkan keinginan atau tujuan yang realistis

B. DIAGNOSA: Harga diri rendah
TUJUAN UMUM: Klien menunjukkan peningkatan harga diri
TUJUAN KHUSUS:

1. Klien dapat meningkatkan keterbukaan dan hubungan saling percaya

2. Klien dapat mengidentifikasi perubahancitra tubuh
3. Klien dapat menilai kemampuan dan aspek positif yang dimiliki
4. Klien dapat menerima realita perubahan struktur, bentuk atau fungsi tubuh
5. Klien dapat menyusun rencana cara-cara menyelesaikan masalah yang dihadapi
6. Klien dapat melakukan tindakan pengembalian integritas tubuh

TINDAKAN KEPERAWATAN:

1.1. Bina hubungan perawat-klien yang terapeuti
   1.1.1. Salam terapeutik
   1.1.2. Komunikasi terbuka, jujur dan empati
   1.1.3. Sediakan waktu untuk mendengarkan klien. Beri kesernpatan mengungkapkian perasaan klien terhadap perubahan tubuh
   1.1.4. Lakukan kontrak untuk program asuhan keperawatan (pendidikan kesehatan, dukungan, konseling dan rujukan)

2.1. Diskusikan perubahan struktur, bentuk atau fungsi tubuh
2.2. Observasi ekpresi klien pada saat diskusi

3.1. Diskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien (tubuh, intelektual, keluarga oleh klien di luar perubahan yang terjadi)
3.2. Beri pujian atas aspek positif dan kemampuan yang masilh dimiliki klien

4.1. Dorong klien untuk merawat diri dan peran serta dalam asuhan klien secara bertahap
4.2. Libatkan klien dalam kelompok klien dengan masalah gangguan citra tubuh
4.3. Tingkatkan dukungan keluarga pada klien terutama pasangan

5.1. Diskusikan cara-cara (booklet, leaflet sebagai sumber infornasi) yang dapat dilakukan untuk mengurangi dampak perubahan struktur, bentuk atau fungsi tubuh
5.2. Dorong klien memiilh cara yang sesuai

6.1. Membantu klien mengurangi perubanan citra tubuh. Misalnya: protesa untuk bagian tubuh tertentu, tongkat
6.2. Rehabilitasi bertahap bagi klien

HASIL YANG DIHARAPKAN

1. Klien menerima perubahan tubuh yang terjadi
2. Klien memilih beberapa cara mengatasi perubahan yang terjadi
3. Klien adaptasi dengan cara-cara yang dipilih dan digunakan

BAB 10

Asuhan Keperawatan pada Kecemasan

A. Pengertian

Kecemasan adalah emosi, perasaan yang timbul sebagai respon awal terhadap stress psikis dan ancaman terhadap nilai-nilai yang berarti bagi individu. Kecemasan sering digambarkan sebagai perasaan yang tidak pasti, ragu-ragu, tidak berdayaa, gelisah, kekhawatiran, tidak tentram yang sering disertai keluhan fisik.

Cemas berbeda dengan takut. Takut merupakan penilaian intelektual terhadap stimulus dan objek jelas, sedangkan cemas merupakan respon emosional terhadap penilaian. Menurut Sigmund Freud kecemasan merupakan ketegangan dalam diri sendiri tanpa objek yang jelas, objek tidak disadari dan berkaitan dengan kehilangan *self image*. Kecemasan timbul karena ancaman terhadap *self image/esteem* oleh orang yang terdekat. Pada dewasa oleh karena prestige dan martabat diri terhadap ancaman dari orang lain. Menurut Cook and Fontaine kecemasan adalah perasaan tidak nyaman yang terjadi sebagai respon pada takut terjadi perlukaan tubuh atas kehilangan sesuatu yang bernilai.

Kecemasan merupakan kekuatan yang mempengaruhi hubungan interpersonal, suatu respon terhadap bahaya yang tidak diketahui yang muncul bila ada hambatan dalam upaya memenuhi kebutuhan. Kecemasan dapat sebagai alarm tubuh untuk melindungi diri, dikomunikasikan secara interpersonal dan merupakan tanda ancaman yang dapat berhubungan dengan isolasi, kehilangan, gangguan identitas, hukuman dan hubungan interpersonal.

B. Rentang Respon Kecemasan

Rentang kecemasan berfluktuasi antara respon adaptif antisipasi dan yang pang maladaptive yaitu panic.

- ❑ Antisipasi
  Suatu keadaan yang digambarkan lapangan persepsi menyatu dengan lingkungan.
- ❑ Cemas Ringan
  Ketegangan ringan, penginderaan lebih tajam dan menyiapkan diri untuk bertindak.
- ❑ Cemas Sedang
  Keadaan lebih waspada dan lebih tegang, lapangan persepsi menyempit dan tidak mampu memusatkan pada factor/peristiwa yang penting baginya.
- ❑ Cemas Berat
  Lapangan persepsi sangat sempit, berpusat pada detail yang kecil, tidak memikirkan yang luas, tidak mampu membuat kaitan dan tidak mampu menyelesaikan masalah.
- ❑ Panik
  Persepsi menyimpang, sangat kacau dan tidak terkontrol, berpikir tidak teratur, perilaku tidak tepat dan agitasi/hiperaktif.

C. Sumber Kecemasan

1. Ancaman internal dan eksternal terhadap ego (S. Freud)
   Adanya gangguan pemenuhan kebutuhan dasar; makan, minum, sexual.
2. Ancaman terhadap keamanan interpersonal dan harga diri (Sullivan)
   a. Tidak menemukan integritas diri
   b. Tidak menemukan prestige
   c. Tidak memperoleh aktualisasi diri
   d. Malu/tidak kesesuaian antara pandangan diri dan lingkungan nyata.

D. Gejala-Gejala Kecemasan

1). Respon Fisiologis

a) Kardivaskuler
   - Palpitasi
   - Jantung berdebar
   - Tekanan darah meningkat

- Rasa mau pingsan
- Tekanan darah menurun, nadi menurun

b) Respirasi
- Nafas cepat
- Pernafasan dangkal
- Rasa tertekan pada dada dan tercekik
- Terengah-engah

c) Neuromuskuler
- Peningkatan reflek
- Peningkatan rangsangan kejut
- Mata berkedip-kedip
- Insomnia
- Gelisah
- Wajah tegang
- Kelemahan secara umum

d) Gastrointestinal
- Kehilangan nafsu makan
- Menolak makanan
- Rasa tidak nyaman pada abdomen
- Rasa tidak nyaman pada epigastrium
- Nausea, diare

e) Saluran kemih
- Tidak dapat menahan BA
- Tidak dapat menahan BAK
- Nyeri saat BAK

f) Integumen
- Rasa terbakar pada wajah
- Berkeringat setempat (telapak tangan)
- Gatal - gatal
- Perasaan panas dan dingin pada kulit
- Muka pucat
- Berkeringat seluruh tubuh.

2). Respon Perilaku
- Gelisah
- Ketegangan fisik
- Tremor
- Gugup
- Bicara cepat
- Tidak ada koordinasi
- Kecenderungan mendapat cidera

- Menarik diri
- Menghindar
- Hiperventilasi
- Melarikan diri dari masalah.

3). **Respon Kognitif**

- Perhatian terganggu
- Konsentrasi hilang
- Pelupa
- Salah penilaian
- Blocking
- Menurunnya lahan persepsi
- Kreatifitas menurun
- Produktifitas menurun
- Bingung
- Sangat waspada
- Hilang objektifitas
- Takut kecelakaan dan mati

4). Respon Afektif

- Mudah terganggu
- Tidak sabar
- Tegang
- Takut berlebihan
- Teror
- Gugup yang luar biasa
- Nervous

E. Karakteristik Tingkat Kecemasan

1) Cemas Ringan

- Tingkah laku
  - Duduk dengan tenang, posisi relaks
  - Isi pembicaraan tepat dan normal
- Afektif
  - Kurang perhatian
  - Nyaman dan aman
- Kognitif
  - Mampu konsentrasi
- Fisiologis
  - Nafas pendek
  - Nadi meningkat

- Gejala ringan pada lambung

2) Cemas Sedang
   - Tingkah laku
     - Tremor halus pada tangan
     - Tidak dapat duduk dengan tenang
     - Banyak bicara dan intonasi cepat
     - Tekanan suara meningkat secara intermitten
   - Afektif
     - Perhatian terhadap apa yang terjadi
     - Khawatir, nervous
   - Kognitif
     - Lapangan persepsi menyempit
     - Kurang mampu memusatkan perhatian pada factor yang penting
     - Kurang sadar pada detail disekitar yang berkaitan
   - Fisiologis
     - Nafas pendek
     - HR meningkat
     - Mulut kering
     - Anoreksia
     - Diare, konstipasi
     - Tidak mampu relaks
     - Susah tidur

3) Cemas Berat
   - Tingkah laku
     - Pergerakan menyentak saat gunakan tangan
     - Banyak bicara
     - Kecepatan bicara meningkat cepat
     - Tekanan meningkat, volume suara keras
   - Afektif
     - Tidak adekuat, tidak aman
     - Merasa tidak berguna
     - Takut terhadap apa yang akan terjadi
     - Emosi masih dapat dikontrol
   - Kognitif
     - Lapangan persepsi sangat sempit
     - Tidak mampu membuat kaitan
     - Tidak mampu membuat masalah secara luas
   - Fisiologis
     - Nafas pendek
     - Nausea

- Gelisah
- Respon terkejut berlebihan
- Ekspresi ketakutan
- Badan bergetar

4) Panik

- Tingkah laku
  - Tidak mampu mengendalikan motorik
  - Kasar
  - Aktifitas yang dilakukan tidak bertujuan
  - Pembicaraan sulit dimengerti
  - Suara melengking, berteriak
- Afektif
  - Merasa kaget, terjebak, ditakuti, teroro
- Kognitif
  - Persepsi menyempit
  - Berpikir tidak teratur
  - Sulit membuat keputusan dan penilaian
- Fisiologis
  - Nafas pendek
  - Rasa tercekik/tersumbat
  - Nyeri dada
  - Gerak involunter
  - Tubuh bergetar
  - Ekspresi wajah mengerikan

F. Proses Keperawatan pada Klien dengan Kecemasan

1) Faktor Predisposisi

- Teori Psikoanalisa
  - Muncul konflik emosional antara id dan superego
  - Cemaskan reaksi fisiologis terhadap ketidakmampuan sexual
- Teori Interpersonal
  - Penolakan interpersonal
  - Proses kehilangan
  - Perpisahan
- Teori Behavior

  Wujud frustasi ketidakmampuan mencapai tujuan
- Teori keluarga
- Teori biologis

  Ketidakstabilan benzodiazepine, endorphin dan neurotransmitter lain.

2) Faktor Precipitasi
   a) Ancaman Integritas fisik
   b) Ancaman terhadap konsep diri

3) Sumber Koping

Modal ekonomi, kemampuan menyelesaikan masalah (mekanisme koping), dukungan social, budaya, keyakinan dll.

4) Mekanisme Koping

Ansietas sedang dan berat dapat menimbulkan tipe mekanisme koping sebagai berikut:

1. Task Oriented

   Suatu tindakan untuk memenuhi tuntutan dari situasi stress secara realistic:

   a) Perilaku menyerang (Agresif)
      Untuk menghilangkan atau mengatasi rintangan untuk kepuasan
   b) Menarik diri
      Untuk menghilangkan sumber-sumber ancaman fisik dan psikologis
   c) Perilaku kompromi
      Untuk memuaskan aspek kebutuhan pribadi

2. Mekanisme pertahanan ego

5) Diagnosa Keperawatan

   a) Resiko tinggi kekerasan
   b) Cemas berat
   c) Gangggguan komunikasi verbal

6) Intervensi
   a) Cemas Sedang
      - Bina hubungan saling percaya
      - Bantu klien mengenal dan mengakui rasa cemasnya
      - Analisa penyebab dan bagaimana terjadinya masalah (meningkatkan kesadaran).
      - Melatih mekanisme koping adaptif
      - Tingkatkan relaxasi
   b) Cemas Berat dan Panik
      - Bina hubungan saling percaya
      - Meningkatkan kesadaran diri perawat
      - Melindungi klien
      - Modifikasi lingkungan
      - Mendorong aktifitas
      - Melaksanakan program terapi.

BAB 11

Intervensi Krisis

A. Definisi

Krisis adalah reaksi berlebihan terhadap situasi yang mengancam saat kemampuan menyelesaikan masalah yang dimiliki klien dan respon kopingnya tidak adekuat untuk mempertahankan keseimbangan psikologis (Isaacs Aan, 279:2005). Menurut Maramis (1994) krisis adalah suatu keadaan yang mendadak yang menimbulkan stress baik pada individu atau kelompok.

Suatu konflik atau gangguan internal yang diakibatkan oleh suatu keadaan yang dapat menimbulkan stress dan dirasakan sebagai ancaman bagi individu (Stuart Sundeen, 1991). Intervensi krisis adalah metode pemberian bantuan terhadap mereka yang tertimpa krisis, dimana masalah yang membutuhkan penanganan yang cepat dapat segera diselesaikan dan keseimbangan psikis dapat dipulihkan.

B. Jenis Krisis

a. Krisis Perkembangan (maturasi)
   Terjadi sebagai respon terhadap stress yang dialami pada masa perkembangan atau transisi dari satu tahap ketahap yang lain dalam siklus kehidupannya.
b. Krisis Situasional
   Respon terhadap kejadian yang tiba-tiba dan tidak terduga dalam kehidupan seseorang.
c. Krisis adventisius (social)
   Respon terhadap peristiwa yang tidak umum secara tiba – tiba yang dapat menimbulkan trauma berat dan mempengaruhi perubahan lingkungan. Krisis ini dapat mempengaruhi individu, masyarakat dan bahkan negara.

Contoh jenis krisis sebagai berikut:

Perkembangan	Situasional	Sosial
Masa prenatal Sekolah Pubertas Lulus sekolah Menikah Melahirkan Anak-anakmeningalkan rumah Pensiun	Kehilangan orang yang dicintai Perceraian PHK Kehamilan yang tidak diharapkan Kegagalan kademik Diagnosa penyakit kronis	Bencana alam Penculikan Perang Teroris Banjir, Gempa bumi Pembunuhan Kejahatan/kekerasan Perkosaan

C. Pertimbangan Umum tentang Krisis

a). Krisis terjadi pada semua individu pada suatu saat atau saat lain.
b). Krisis tidak selalu bersifat patologis, bisa menjadi stimulus pertumbuhan dan pembelajaran
c). Krisis sangat terbatas dalam hal waktu dan biasanya teratasi dengan satu atau lain cara dalam periode yang singkat (4 s.d 6 minggu) dengan:
- Krisis teratasi bila fungsi kembali pulih atau ditingkatkan melalui pembelajaran.
- Krisis tidak teratasi (gagal) bila fungsi tidak kembali dan individu mengalami penurunan tingkat fungsi.

d). Persepsi individu terhadap masalah dapat menentukan krisis. Setiap individu memiliki respon yang UNIK dalam menghadapi krisis.
e). Faktor penyeimbang yang dapat menentukan keberhasilan dalam menghadapi krisis
1. Persepsi terhadap kejadian pencetus
   - Kejadian apa yang mengubah kehidupan individu
   - Kapan itu terjadi dan apa arti kejadian itu
   - Apa individu memandang secara realistis
   - Apa pengaruhnya terhdap masa depan
   - Bagiamana perasaan individu sekarang
   - Apa pengaruhnya terhadap orang lain
2. Dukungan Situasional
   - Adakah individu lain,keluarga , msyarakat yang mau menolong
   - Dengan siapa individu tinggal
   - Siapa yang mau mengerti individu tersebut
   - Siapa yang dipercaya individu terseb
3. Mekanisme Koping yang ada
   - Apa yang biasa dilakukan individu dalam menghadapi masalah
   - Duduk sejenak atau merenung
   - Apakah menangis dianggap memperingan masalah
   - Apakah dihadapi dengan marah dengan memukul sesuatu

- Apakah pergi membicarakan dengan orang lain
- Apakah sudah berusaha untuh menyelesaikan masalah dan bagaimana hasilnya

D. Perkembangan Krisis

a. Periode Pra Krisis: Individu memiliki keseimbangan emosional

b. Periode krisis: Individu berpengalaman subyektif ttg kekecewaan, gagal melakukan mekanisme koping, dan mengalami gejala – gejala:

a) Fisik: Keluhan somatic (rasa sakit, gejala gangguan gastrointestinal yang tidak spesifik, sakit kepala), gangguan nafsu makan (meningkat atau menurun BB), gangguan tidur (insomnia, mimpi buruk), gelisah, sering menangis

b) Kognitif: Konfusi, sulit berkonsentrasi, ketidakmampuan mengambil keputusan

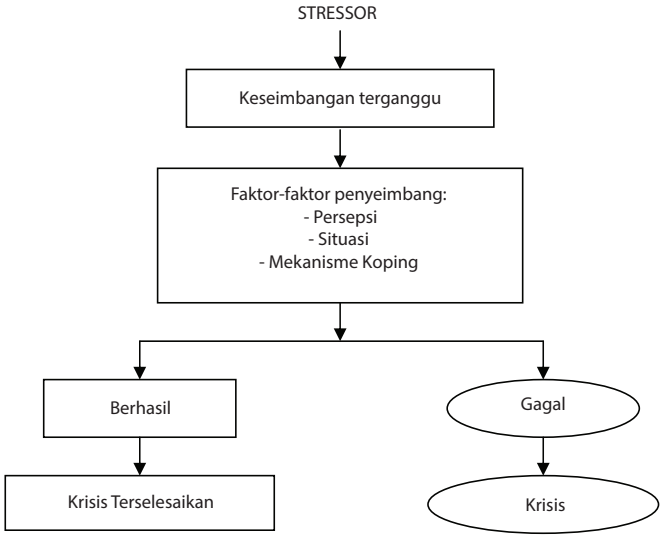
c) Perilaku: Menarik diri dari interaksi, Impulsif , ledakan marah , Sulit menjalankan peran yang penuh tanggung jawab, Disorganisasi.

d) Emosional: -Putus asa, tidak berdaya, Ansietas, Marah, merasa bersalah, Sedih, depresi, Curiga, paranoid

c. Periode Pasca Krisis: Resolusi Krisis

- Fase I: Dampak emosional, dg respon→ panik, ketakutan, merusak diri.
- Fase II: Pemberani (*heroic*) , respon → bersifat pembela, solidaritas tinggi
- Fase III: Bulan madu (*honeymoon*) → menjalin kebersamaan (1minggu s.d beberapa bulan)
- Fase IV: Kekecewaan→ kecewa, marah, frustasi, cemburu, bermusuhan
- Fase V: Rekonstruksi dan reorganisasi → menerima, bangkit kembali

E. Proses Terjadinya Krisis



F. Penatalaksanaan Krisis

a. Bantuan

Untuk individu yang mengalami krisis, bantuan meliputi konseling melalui telepon, hotlines, dan konseling krisis singkat (1-6 sesi)

Untuk kelompok atau komunitas yang mengalami krisis, tim bantuan krisis terdiri dari tim interdisipliner yang memiliki rencana yang terorganisir untuk membantu segmen populasi yang terkena. KOnseling stress akibat krisis untuk kelompok professional seperti petugas rumah sakit, polisi, dan pemadam kebakaran yang terlibat dalam situasi krisis.

b. Peran Perawat

Perawat memberi bantuan langsung pada orang yang mengalami krisis dan bertindak sebagai anggota tim krisis.

1. Perawat di rumah sakit akut/kronik membantu individu dan keluarga terhadap krisis penyakit, hospitalisasi, dan kematian.
2. Perawat dilingkungan masyarakat (kantor, klinik, sekolah) memberikan bantuan terhadap krisis situasional dan krisis perkembangan.
3. Perawat yang bekerja dengan kelompok klien tertentu harus mengantisipasi situasi krisis seperti kelompok ibu dan anak dengan krisis seperti kelahiran bayi premature atau lahir mati, keguguran, dan lahir abnormal. Keperawatan pediatric mengantisipasi krisis seperti penyakit serius, kronis, cedera traumatic, atau anak menjelang ajal. Untuk perawat gerontik antisipasi krisis kehilangan kumulatif, penyakit yang melemahkan, ketergantungan, dan penempatan di rumah perawatan. Keperawatan gawat darurat mengatasi krisi trauma fisik, penyakit akut, krisis perkosaan, dan kematian. Untuk perawat psikiatri harus mengantisipasi krisis hospitalisasi akibat penyakit jiwa, stressor kehidupan karena sakit jiwa serius, dan bunuh diri.

G. Prinsip Intervensi Krisis

a. Tujuan intervensi krisis adalah mengembalikan individu ketingkat sebelum krisis.
b. Penekanan intervensi adalah memperkuat dan mendukung aspek-aspek kesehatan dari fungsi individu.
c. Dalam intervensi krisis, pendekatan pemecahan masalah secara sistematis dengan proses keperawatan.
d. Kerangka kerja Hierarki Maslow tentng kebutuhan dasar manusia menentukan prioritas intervensi seperti sumber daya fisik untuk bertahan hidup (makanan, rumah singgah, keselamatan), sumber daya social untuk mendapatkan kembali rasa memiliki (dukungan keluarga, jaringan kerja social, dukungan komunitas), sumber daya psikologis untuk mendapatkan kembali harga diri (penguatan positif, pencapaian tujuan).

e. Petugas intervensi krisis berfungsi membentuk hubungan dan mengkomunikasikan harapan dan optimisme, melaksanakan peran aktif dan mengarahkan, memberikan anjuran alternative, membantu memilih alternative, dan bekerjasama dengan professional lain untuk mendapatkan layanan dan sumberdaya yang diperlukan klien.

H. Tinjauan Proses Keperawatan

a) Pengkajian

1). Identifikasi kejadian pencetus dan situasi krisis
2). Tentukan persepsi klien tentang krisis yang dihadapi, meliputi kebutuhan utama yang terancam krisis, tingkat gangguan hidup, dan gejala-gejala yang dialami klien.
3). Tentukan factor penyeimbang yang ada, persepsi, situasi, mekanisme koping (keluarga, sumber daya spiritual, dukungan masyarakat)
4). Identifikasi kelebihan klien

b) Diagnosa Keperawatan

1. Ketidakefektipan mekanisme koping individu b.d
    1. Perasaan tidak berdaya
    2. Kecemasan
    3. Kegelisahan
2. Ketidakefektifan mekanisme penanganan keluarga b.d
    1. Kehilangan anggota keluarga
    2. Perpisahan
    3. Ancaman kematian keluarga
3. Perubahan dalam proses interaksi keluarga b.d
    1. Batasan keluarga yang tidak jelas
    2. Pola komunikasi yang menyimpang

c) Intervensi Keperawatan

Tujuan:

1. Membantu klien agar dapat berfungsi kembali
2. Meningkatkan fungsi klien
3. Mencegah terjadinya dampak serius dari krisis

Empat Tingkatan Intervensi Krisis:

1. Manipulasi Lingkungan
   Merubah secara langsung lingkungan fisik individu atau situasi interpesonalnya
2. Dukungan Umum
   Membuat klien merasakan bahwa perawat berada disamping dan siap membantu, sikap perawat yang hangat, menerima simpati serta penuh perhatian merupakan dukungan bagi klien

3. Pendekatan Individu
   Tindakan ini meliputi penentuan diagnosa dan terapi terhadap masalah spesifik pada klien tertentu. Pendekatan individu ini efektif untuk semua tipe krisis dan kombinasi krisis atau jika ada risiko bunuh diri
4. Pendekatan Umum
   Digunakan individu yang mempunyai risiko tinggi. Segera mungkin tindakan ini dilakukan dengan metode spesifik untuk individu yang menghadapi krisis yang sama, seperti, korban bencana, untuk menghadapi proses berduka.

Intervensi:

1. Jalin hubungan saling percaya
   R/Mengurangi ancaman pengaruh hubungan perawat klien
   Tindakan:
   a. Kehadiran perawat secara utuh
   b. Menjadi pendengar yang hangat dan responsip
   c. Memberi waktu yang cukup pada klien untuk berespon
   d. Membantu klien untuk mengekpresikan perasaannya
2. Menyadari dan mengontrol perasaan sendiri
   R/Resistensi yang diperlihatkan klien dapat membuat perasaan negatif terhadap perawat sehingga dapat mengambat perkembangan hubungan perawat klien
   Tindakan:
   a. Mengenali perasaan sendiri dengan jalan ekplorasi perasaan
   b. Mengidentifikasi perilaku klien yang dapat menimbulkan perasaan negatif
   c. Bersama klien mengganti perilaku dan respon sehingga dapat belajar untuk berkembang
3. Bantu klien untuk emngenali perasaannya
   R/Pada penggunaan mek. Koping baru, klien terlebih dahulu perlu menyadari perasaannya mengtasi denial dan resistensinya baik yang disadari maupun yang tidak disadari
   Tindakan:
   a. Membantu klien mengidentifikasi dan menguraikan perasaannya
   b. Menghubungakan perilaku dengan perasaannya
   c. Memvalidasi kesimpulan dan asumsi
   d. Dengan pertanyaan terbuka menggali topik yang mengancam
   e. Meningkatkan motivasi klien
   f. Melakukan konfrontasi yang sportif
4. Bantu memperluas kesadaran klien terhadap perkembangan kecemasan
   R/Perluasan kesadaran peningkatan lapangan persepsi memudahkan penyampaian informasi pendidikan kesehatan

Tindakan:

a. Membantu klien dalam mempelajari hal-hal yang memicu kecemasan
b. Bersama klien meninjau kembali penilaian klien terhadap stressor
c. Mengajak klien membuat kaitan pengalaman dulu dan sekarang

5. Bantu klien mempelajari koping yang adaptif
   R/Belajar koping yang baru merupakan sumber daya yang dapat diajdikan asset untuk penyelesaian masalah secara konstruktif
   Tindakan:
   a. Menggali koping yang biasa digunakan
   b. Mendiskusikan keefektifan koping yang sekarang dan masa lalu
   c. Mendiskusikan tentang modifikasi koping, penggunaan koping yang efektif
   d. Membantu klien untuk mengenali potensi diri
   e. Mendiskusikan tentang modifikasi perilaku
   f. Membantu klien dalam mencoba koping baru
6. Modifikasi Lingkungan
   R/Modifikasi lingkungan dapat menurunkan intensitas stress
   Tindakan:
   a. Menciptakan lingkungan yang hangat, kondusif.
   b. Memfasilitasi support system
   c. Menseleksi interkasi dengan klien lain yang tidak asertif
7. Tingkatkan respon relaksasi
   R/Respon relaksasi menurunkan ketegangan dan emosi klien
   Tindakan:
   a. Mengajarkan tehnik relaksasi
   b. Melatih fisik sesuai keinginan dan kesukaan klien
   c. Menganjurkan klien minum, mandi air hangat
   d. Mengajarkan tehnik distraksi
   e. Mengajarkan tehnik untuk evaluai diri
8. Meningkatkan kesehatan fisik klien
   R/Fisik yang sehat memungkinkan pengembangn potensi diri
   Tindakan:
   a. Membantu klien memenuhi kebutuhan sehari-hari klien
   b. Membantu pemenuhan kebutuhan istirahat
   c. Memberikan HE
   d. Memfasilitasi dalam pemenuhan kebutuhan spiritual

d) Evaluasi

1. Dapatkah individu menjalankan fungsinya kembali seperti sebelum terjadi krisis
2. Sudahkah ditemukan factor pencetus kritis utama
3. Apakah perilaku maladaptive atau symtom yang ditunjukkan telah berkurang

4. Apakah mekanisme koping yang adaptif sudah berfungsi kembali
5. Apakah individu telah mempunyai pendukung sebagai tempat ia bertumpu
6. Pengalaman apa yang dapat diambil individu guna membantu menghadapi keadaan krisis dikemudian hari.

BAB 12

Koping pada Kehilangan, Kematian, dan Berduka

A. Pendahuluan

Lahir, kehilangan, kematian, dan berduka merupakan suatu fase dalam perjalanan kehidupan manusia yang harus dilalui, integral dengan kehidupan dan bersifat unik bagi setiap individu yang dapat menjadi stressor yang membutuhkan dukungan dalam menghadapinya. Hidup merupakan suatu rangkaian kehadiran dan kepergian, ada dan tiada akan selalu berlangsung bergantian.

Kehilangan dan kematian merupakan kata yang kurang 'enak' untuk membicarakannya, karena lebih banyak melibatkan emosi yang bersangkutan. Menjelang ajal atau ajal itu sendiri mempunyai aspek yang membangkitkan rasa takut, kegelisahan, dan sesuatu yang tidak menentu. Tidak ada orang yang mempunyai pengalaman dengan mati, membuat orang bertanya-tanya tentang kematian seperti: Seperti apa rasanya mati itu?, kalau ada kehidupan lain, bagaimana bentuk dan rasanya, bagaimana dengan orang-orang tercinta yang kita tinggal, dan lain sebagainya.

Selama dalam konteks pembicaraan, ada kecenderungan menghindari topic kehilangan dan kematian. Pengetahuan bahwa mati pasti akan terjadi dan sudah ditetapkan pada waktu yang ditentukan, sehingga kondisi ini menambah perasaan ketakutan, cemas, bimbang, dan ketidakpastian. Style of dying seseorang menggambarkan sikap tentang kematian tergantung pada kepercayaan dan kekuatan emosionalnya. Sigmund Freud menyatakan bahwa dibawah sadar tidak mati. Secara nyata orang selalu ingat kematian, karena dibawah sadar orang tidak memikirkan bahwa dirinya tidak bisa mati . Akan tetapi karena sering mendengar tentang kematian, maka memaksa orang untuk memikirkan tentang kematian.

Berdasar pada pandangan tersebut, perlunya perawat mengetahui tentang konsep kehilangan dan berduka, serta bagaimana menangani klien dengan mekanisme koping dalam menghadapi dan menerima kehilangan yang berbeda-beda, dan mendampingi klien dalam memahami dan menerima kehilangan agar kehidupan harus terus berjalan.

B. Kehilangan

Kehilangan adalah suatu kondisi yang terputus/terpisah atau memulai sesuatu tanpa hal yang berarti sejak kejadian tersebut.Segala kehilangan yang signifikan membutuhkan adaptasi melalui proses berduka. Tipe kehilangan mempengaruhi tingkat distress seseorang.

Kehilangan, mungkin terjadi secara bertahap atau mendadak, bisa dengan kekerasan atau traumatic, diantisipasi atau tidak diharapkan/diduga, sebagian atau total, bisa kembali atau tidak dapat kembali.

1. Sifat kehilangan:
   - Aktual atau dirasakan: mudah diidentikasi seperti perceraian, perpisahan, kematian
   - Kurang nyata: seperti hilangnya kepercayaan diri
2. Macam-macam kehilangan
   - Kehilangan Maturasi: kehilangan yang diakibatkan oleh transisi kehidupan normal untuk pertama kalinya.
   - Kehilangan Situasional: kehilangan yang terjadi secara tiba-tiba. Misal kematian mendadak.
3. Kategori Kehilangan
   a. Kehilangan seseorang yang dicintai
      Kehilangan orang yang bermakna atau yang sangat berarti membuat stress dan menganggu individu. Contoh kehilangan karena perceraian, pengasingan, kematian dan penyebab lain dari penolakan secara emosional atau berpisah karena jarak. Kehilangan ini membawa dampak yang besar karena keintiman, intensitas dan ketergantungan dari ikatan/jalinan yang ada.
   b. Kehilangan benda eksternal
      Seperti kehilangan uang, perhiasan, barang yang sudah rusak, tanah, pekerjaan, dan lain-lain.
   c. Kehilangan lingkungan yang telah dikenal
      Kehilangan diartikan dengan terpisah dari lingkungan yang sangat dikenal, termasuk dari kehidupan latar belakang keluarga dalam satu periode, seperti pindah tempat tinggal yang akan memiliki tetangga baru dan penyesuaian baru. Juga bisa kehilangan karena terpisah dari keadaan yang begitu dikenal, seperti proses maturasi dan karena sakit atau perlukaan.
   d. Kehilangan aspek diri (*loss of self*)
      Anggapan perasaan terhadap kehilangan diri sendiri, kemampuan fisik dan mental, peran dalam kehidupan, dan dampaknya. Seperti bagian tubuh, fungsi tubuh, fisiologi dan psikologis (daya ingat, daya tilik, kemampuan intelektual).

e. Kehilangan kehidupan
Seseorang dapat mengalami mati baik secara perasaan, pikiran dan respon pada kegiatan atau orang disekitarnya, sampai pada kematian yang sesungguhnya. Tidak hanya tentang kematian itu sendiri, tetapi juga rasa nyeri dan hilangnya control. Setiap orang mempunyai respon yang berbeda tentang kematian, orang yang hidup sendiri dan menderita penyakit terminal menganggap kematian sebagai suatu pembebasan dari penderitaan dan jalan memasuki kehidupan lain dan menemui seseorang di surga.

Kehilangan kekuatan pada penyakit kronis meliputi Kesehatan, Rasa kontrol diri, Privacy, Kesopanan (*modesty*), Bentuk tubuh, Hubungan timbal balik, Peran yang dibangun didalam dan diluar rumah, Status social, Percaya diri, Kepemilikan, Keamanan keuangan, Sarana untuk berproduksi dan pemenuhan diri, Gaya hidup, Rencana dan fantasi masa depan, Uang, Kegiatan sehari-hari.

Faktor-faktor yang mempengaruhi Reaksi Kehilangan

- Karakteristik personal (usia dan jenis kelamin, pendidikan dan status sosial ekonomi).
- Sistem pendukung sosial.
- Sifat kehilangan.
- Kebudayaan dan keyakinan spiritual.
- Nilai dari keadaan yg hilang
- Kecepatan proses kehilangan
- Kemampuan Koping individu

Type Kehilangan

- *Actual loss* (fisik)
- *Percoived loss* (psikologi)
- *Anticipatory loss*

Kehilangan merupakan tema dominan yang dicirikan dengan berbagai aspek kehidupan bagi lansia. Kehilangan dapat dialami melalui berbagai tahap kehidupan, tetapi efek komulatifnya dirasakan secara akut oleh lansia. Beberapa lansia menghadapi kehilangan tersebut secara lebih baik dibandingkan yang lain. Sedangkan bagi yang lainnya, setiap kehilangan menandakan kematian kecil, membawanya lebih dekat pada kematiannya sendiri. Kehilangan biologis, psikologis, pribadi, sosial, identitas, fungsional dan filosofi dapat menimbulkan kehampaan pada kehidupan seseorang.

Perawat tidak selalu menyadari *signifikansi* dari kehilangan yang terjadi pada lansia. Berduka sering mengikuti kehilangan. Mampu berdiskusi dengan pasian lansia dan pengasuhnya tentang signifikansi kehilangan yang akan terjadi, baik kehilangan sesuatu peristiwa atau seseorang atau bahkan judul atau ide sekalipun merupakan hal yang penting bagi perawat. Penerimaan terhadap kehilangan yang tidak terhindarkan dan berhubungan dengan kematian dapat menyebabkan penerimaan terhadap proses akhir kehidupan.

C. Kematian

1. *Dying* (Menjelang Ajal/Sekarat)

Dying adalah bagian dari kehidupan yang merupakan proses menuju akhir (kematian). Dengan makin meningkatnya jumlah populasi usia lanjut, meningkat pula jumlah penderita penyakit kronis, yang pada suatu saat mengalami keadaan dimana tidak ada sesuatu yang dapat dikerjakan untuk memperbaiki kemampuan melakukan aktivitas hidup sehari-hari.

Bagi penderita yang keadaannya tidak sadar/koma dalam, semua fungsi organ jelas tidak bisa membaik dengan berbagai obat/tindakan yang memberikan, nafas agonal dan "keadaan yang jelas tidak memberikan harapan" atau "*failure to thrive*" masalah menjadi tidak begitu sulit. Akan tetapi penderita yang dalam keadaan sadar penuh, sering masih mobile, dengan berbagai fungsi organ masih cukup baik, persoalan etika dan hukum menjadi lebih rumit. Dalam keadaan tersebut beberapa hal perlu dipertimbangan:

- Apakah penderita perlu diberitahu
- Kalau semua pengobatan/tindakan medis, yang bila dilakukan jelas tidak memberi manfaat, apakah ada hal-hal lain yang perlu dikerjakan, misalnya memberikan pengobatan kuratif (misalnya sitostatika) dan tindakan diagnostik lain?)

Dalam hal pertama diatas, yang menjadi masalah bagi praktek kedokteran di Indonesia (dan di negara-negara Timur) adalah bahwa memberitahukan keadaan sebenarnya pada penderita seringkali memberi akibat psikologik yang sangat berat, sehingga keluarga seringkali mencegah dokter untuk memberitahu keadaan sebenarnya pada penderita, walaupun dari prinsip otonomi seperti yang telah dijelaskan tentang etika pelayanan lansia, seharusnya penderita-lah yang paling dulu berhak tahu akan keadaan penyakitnya dan kemudian menentukan apa yang boleh dilakukan oleh tim medis.

Elizabeth Kubler Ross, seorang psikiater meneliti aspek psikologik dari penderita yang diberitahu mengenai kematiannya dan biasanya menanggapi dalam beberapa stadia: (a) mengelak/membantah dan menutup diri, *denial and isolation. "No not me. It can not be true,* (b) Marah/*anger. Why me?,* (c) Menawar, *bargaining,* (d) Depresi dan akhirnya (e) Menerima *acceptance.*

Penelitian selanjutnya dari Kubler-Ross menyatakan bahwa 98% penderita terminal di Rumah Sakit ingin tahu kapan ia akan meninggal, tetapi 60% dokter justru tidak mau menyampaikannya ke penderita, mungkin 80% dari mereka akhirnya tahu juga (Ward, 1993). Anya Foos Graber seperti dikutip oleh Achterberg (1994) dan Djokomoelyanto (2002) membedakan antara *death* dan *deathing. Death* adalah peristiwa yang ditandai dengan waktu, sedangkan *deathing* adalah persiapan secara sadar untuk mempersiapkan kematian/*death.*

1). Teori-teori ***Dying*** (Menjelang Ajal/Sekarat)

Penulis yang paling dikenal dalam bidang kematian dan menjelang ajal adalah Elizabeth Kubler-Ross. Hasil kerjanya membuat peka perawat, profesional layanan

kesehatan dan konsumen terhadap proses menjelang ajal dan kebutuhan-kebutuhan yang melekat pada orang yang menjelang ajal. Teorinya mengatakan bahwa orang yang menjelang ajal mengalami lima tahap, dimulai dengan penyingkapan awal terminalitas dan berakhir dengan momeng akhir kehidupan. Tahap I, penyangkalan dan isolasi, biasanya mewakili pertahanan temporer yang digantikan dengan penerimaan parsial. Penyangkalan ini tidak boleh diinterpretasikan sebagai adaptasi yang negatif atau merendahkan. Sebagai pertahanan awal, penyangkalan membantu seseorang dengan melindunginya dari ansietas dan ketakutan. Pada tahap II, kemarahan dan penyangkalan digantikan dengan perasaan marah, gusar, iri, dan kebencian. Hal ini dianggap sebagai salah satu tahap yang paling sulit bagi keluarga dan pemberi perawatan karena perasaan ini sering diarahkan pada mereka. Selama tahap III, tawar menawar, orang yang menjelang ajal akan mencoba menunda kejadian yang tidak terelakan dengan menentukan sendiri tenggat waktu untuk peristiwa keluarga yang khusus, seperti pernikahan dan fungsi religius. Tawar menawar sering berupa negosiasi dengan Tuhan untuk mendapatkan tambahan waktu. Tahap IV, depresi, meliputi dua jenis kehilangan: kehilangan yang terjadi di masalalu dan kehilangan hidup yang akan terjadi. yang disebut sebagai persiapan berduka oleh Kubler Ross. Tahap V, penerimaan, merupakan fase akhir dari proses menjelang ajal.

Amberton mengisolasi empat strategi koping utama yang digunakan oleh orang yang menjelang ajal: penyangkalan, ketergantungan, pemindahan, dan regresi. Teorinya menekankan pada suatu pendekatan tim dalam merawat orang yang menjelang ajal, dengan berfokus pada pendekatan asuhan paliatif daripada pendekatan kuratif. Dukungan yang konsisten oleh pemberi pemberi perawatan diperlukan pada saat pasien yang menjelang ajal terombang-ambing di antara berbagai hentuk ketergantungan dan kecukupan diri. Orang yang menjelang ajal perlu mengetahui bahwa mereka tidak akan diabaikan atau ditinggal sendiri.

Pattison tidak menyetujui pembagian proses menjelang ajal menjadi tahapan-tahapan kronologis yang tersusun. Ia mengidentifikasi berbagai mekanisme koping ego yang digunakan oleh orang yang menjelang ajal pada berbagai titik yang berbeda selama siklus hidup. Lansia menggunakan altruisme, humor, supresi, pikiran antisipasi, dan sublimasi untuk menghadapi kebutuhan-kebutuhan terminal. Patrison merujuk pada fase-fase proses menjelang ajal: fase akut, fase kehidupan kronis, fase menjelang ajal, dan fase akhir. Ia mengatakan bahwa persiapan reaksi psikologis muncul selama interval hidup-mati. Pendekatan individual diperlukan untuk menghadapi stres dan krisis yang dapat muncul kapan saja dalam proses menjelang ajal.

Wiesman mengemukakan adanya kemungkinan fase-fase pada ekspresi respons emosional yang continu dan berubah-ubah selama proses menjelang ajal. Ia menekankan pada individualitas seseorang daripada memberi label berdasarkan urütan munculnya reaksi emosional.

2) Perintah tidak me-resusitasi (PTR)

Di Indonesia hal ini belum banyak dikenal, akan tetapi di negara-negara maju perintah *do not resucitate* atau yang disingkat DNR merupakan keadaan yang biasa dikerjakan terutama pada penderita terminal. Perintah seperti ini bisa saja diadopsi di Indonesia, dengan memperhatikan diagnosis dan keadaan umum penderita. Pada penderita dengan mati batang otak (MBO) apalagi sebelumnya sudah didiagnosis dalam keadaan penyakit terminal, dokter harus berani mengkomunikasikan dengan keluarga kemungkinan PTR, dengan pertimbangan sosial ekonomi maupun penderitaan penderita atau keluarganya.

Walaupun demikian harus diperhatikan bahwa perintah tidak meresusitasi (PTR) ini tidak dan bukan merupakan perintah untuk tidak mengerjakan apa-apa. Artinya, upaya untuk memberikan rasa nyaman, mengurangi rasa nyeri dan rasa sangat sesak masih tetap dilakukan walaupun pada saat terakhir kehidupan penderita.

2. *Death* (Kematian)

Kematian adalah kondisi berhentinya fungsi jantung- paru secara menetap atau terhentinya kerja otak secara menetap. Meninggal dunia adalah keadan insani yang diyakini oleh ahli kedokteran yang berwenang bahwa fungsi otak, pernafasan dan denyut jantung seseorang telah berhenti.

Kematian adalah satu fase kehidupan yang terakhir bagi manusia. Persepsi seseorang tentang kematian berbeda-beda dipengaruhi tingkat perkembangannya. Anak usia bermain tidak semuanya mengerti tentang kehilangan dan kematian sampai dengan dapat mengenali orang-orang yang selama ini akrab menjadi tidak ada disampingnya lagi. Anak usia 3 sampai 5 tahun kehilangan yang paling bermakna adalah kehilangan anggota tubuhnya yang dapat mempengaruhi harga diri. Proses dan respon berduka pada anak usia ini berbeda dengan yang lebih tua karena dalam meletakkan pemikiran, perasaan dan memori dalam kata-kata yang tidak relevan selama berminggu-minggu dan diulang lagi tentang tempat beradanya orang yang mati.

Dewasa muda menghubungkan kehilangan dengan status, peran, dan gaya hidup. Kehilangan pekerjaan, cerai, cacat fisik dapat mengancam kesuksesan. Konsep tentang kematian dipengaruhi oleh kepercayaan religi dan kultur. Kematian oleh sebagian dewasa muda dirasakan sebagai tragedi yang sangat berarti. Pada dewasa pertengahan mulai menyadari bahwa masa muda dan kesehatan fisik tidak dapat lagi dijadikan jaminan. Mulai mengevaluasi kehidupannya sebagai pilihan mencapai pemenuhan hidup. Perubahan fisik, kehilangan kemampuan dan pekerjaan dapat mengakibatkan kehilangan pada fase ini. Reaksi akan kematian adalah refleksi perasaan pemenuhan kebutuhan satu dengan yang lain yang tergantung dengan keimanan seseorang, perasaan berharga dan kemampuan fungsi yang masih bisa dipertahankan. Dewasa pertengahan sering takut tentang kejadian disekitar kematian daripada menghadapi kematian itu sendiri. Mereka mungkin mengalami kesepian, terisolasi, kehilangan peran social, sakit yang parah, dan kehilangan harga diri sebagai sesuatu yang buruk daripada kematian itu sendiri.

a) Tanda-tanda kematian

- o Pernafasan berhenti, penilaian > 10 menit (inspeksi, palpasi, auskultasi).
- o Terhentinya sirkulasi, penilaian 15 menit, nadi karotis tidak teraba.
- o Kulit pucat, dapat juga terjadi pada spasme agonal.
- o Pembuluh darah retina bersegmentasi, beberapa menit pasca kematian.

Tanda-tanda pasti kematian seperti berikut:

1. Rigor Mortis
   Kekakuan tubuh setelah 2-4 jam mati karena kekurangan ATP (adenosine tryphosphate) yang tidak dapat disintesa akibat kurangnya glikogen dalam tubuh. Proses rigor martis dimulai dari organ involunter, kepala, leher, tubuh dan ekstremitas. Oleh karena itu mayat harus diletakkan terlentang, mulut dan kelopak tertutup sebelum rigor mortis terjadi dan akan berakhir 96 jam kematian.
2. Algor Mortis
   Penurunan suhu tubuh berlahan-lahan setelah sirkulasi dan hypothalamus tidak berfungsi. Kulit kehilangan elastisitas dan mudah terbuka.
3. Post Mortem Decomposition
   Setelah system sirkulasi hilang, kulit menjadi biru kehitaman kaena sel-sel darah sudah rusak dan terjadi pelepasan Hb. Untuk memperlambat dengan ditaruh diruang suhu rendah atai dibalsam (diawetkan).

b) Perawatan menjelang kematian

Bagi perawat, kesempatan bersama dengan individu yang akan meninggal merupakan sesuatu yang sangat istimewa selama hidupnya. Kematian pada sebagian besar lansia yang sedang menjalani perawatan tidak dapat dielakkan lagi. Sebanyak 30% klien meninggal dalam rentang waktu empat belas hari, terhitung sejak pertama masuk rumah sakit dan biasanya mereka meninggal dalam perawatan berkelanjutan (Storrs, 1985; Corrado, 1.989). Sering kali lansia meninggal dalam periode yang relatif pendek selama terserang penyakit epidemik, seperti influenza. Perawat yang bekerja dalam kondisi seperti ini, dengan cepat menyesuaikan diri dengan individu yang menjelang kematian. Dengan demikian, perawat dapat saling berbagi sejumlah pengalaman praktik yang berharga dengan perawat lain dalam memberikan pelayanan kepada lansia.

Hospice movement telah menjadi perintis dalam merawat orang sakit dan meninggal secara terhormat di rumah atau di rumah sakit, tetapi kebutuhan lansia menjelang kematian tidak berkurang dibandingkan kebutuhan pada lansia dengan sakit terminal. Sebagian besar kematian lansia terjadi di rumah sakit dan bab ini akan difokuskan pada konteks tersebut. Satu dari sedikit persoalan yang dihadapi perawat saat merawat lansia adalah kematian. Dalam melakukan pendekatan dengan subjek, dalam hal ini lansia menjelang kematian, setiap perawat akan menghadapi masalah yang berkaitan dengan kematiannya. Perawat harus menjalin hubungan dan persahabatan yang sangat baik

dengan lansia dalam perawatan menjelang kematian. Dengan demikian, profesional lain tidak perlu menghabiskan waktunya untuk berhubungan dengan kematian klien. Perawat berkewajiban untuk memberikan pandangan yang jelas mengenai makna kematian bagi individu, teman, dan keluarga sehingga perawatan pada klien menjelang kematian harus nyaman dan terhormat (Hockley, 1989; Hurtig & Stewin, 1990).

c) Pengetahuan menjelang kematian

Beberapa lansia akan mengekspresikan keinginannya berkenaan dengan menjelang kematian dan harapan lainnya, jika mereka menghadapi kondisi tersebut. Harapan tersebut antara lain supaya penyakitnya diobati dan kenyamanannya tetap terjaga serta meninggal dengan tenang. Hal ini dapat memberikan pengetahuan bagi lansia mengenai kematiannya di masa mendatang, tetapi pengetahuan tersebut sulit diwujudkan saat klien menjelang kematian karena dua kondisi tertentu. Pertama, jika lansia tidak menyadari bahwa mereka akan meninggal dan tidak diinformasikan atau tidak peduli akan hal tersebut. Kedua, jika mereka tidak mengerti bahwa kematian yang akan mereka hadapi sudah dekat. Kondisi ini khususnya dialami oleh lansia demensia. Ketika lansia berharap kondisinya diobati, pada dasarnya mereka ingin tetap hidup selama mungkin atau meninggal dengan tenang. Harapan yang normal dan sangat penting bagi lansia tersebut sebagai upaya untuk bertahan hidup, tidak lagi menjadi sesuatu yang di luar dugaan. Tidaklah mungkin untuk mengambil keputusan yang cepat dalam kondisi sulit tersebut. Namun, keputusan di luar dugaan dapat diambil, seperti keputusan untuk melakukan operasi by pass pada arteri coronaria lansia dengan penyakit serebrovaskular. Pada beberapa kasus, setiap keputusan yang diambil berada di luar wewenang perawat. Namun, perawat dapat mengetahui sesuatu yang diinginkan individu dan berperan sangat penting dalam menjelaskan pilihan yang ada serta keputusan medis pada lansia dan keluarganya.

Sebagaimana yang dijelaskan tadi, berbagai kesulitan akan muncul jika lansia tidak mengekspresikan harapannya, seperti yang sering terjadi dalam kasus demensia. Dengan demikian, hubungan dengan keluarga klien dan konsultasi yang adekuat antara tim medis dan staf keperawatan, diperlukan untuk mengatasi kesulitan tersebut.

Pandangan hidup seseorang mempunyai pengaruh yang sangat besar terhadap cara pandang individu tentang kematian dan bagaimana menghadapi kematian. Ada beberapa alasan seseorang mengalami ketakutan sebelum/menjelang kematian:

- Hidup hanya sampai disitu saja, terlalu cepat, dan masih banyak yang harus dilakukan sebelum kehidupan ini selesai.
- Sebelumnya orang tidak memikirkan tentang kematian karena merasa 'masih muda'
- Takut meninggalkan semua yang telah dipunyai seperti anak-anak, keluarga, harta, kedudukan dan lain-lain.
- Takut penghakiman Tuhan terhadap apa telah diperbuat selama ini, seperti masuk neraka.

Implikasi keperawatan harus memperhatikan pandangan hidup klien terhadap kematian. Saat klien membicarakan tentang hidup dan mati, harapan setelah mati, dan ketakutannya, perawat dapat memberikan support dan memfasilitasi kebutuhan pendampingan dalam proses menjelang ajal. Ada tujuh fase yang dialami klien menjelang kematian yang tidak selalu berurutan dan tidak sama pada setiap individu:

1. Ketidaktahuan
   Tidak adanya kejelasan bahwa akhir kehidupannya sudah semakin dekat. Ketidaktahuan tentang prognosa penyakit membuat masalah tersendiri bagi klien. Perlunya pendampingan dan support dari perawat dan keluarga agar klien mampu melewati masa ini.
2. Ketidakpastian
   Individu yang tidak mendapatkan gambaran yang jelas tentang keadaannya akan mencari-cari alasan agar masalah dapat segera teratasi. Fase ini akan mudah dilalui jika klien memiliki pengharapan sehingga dapat bertahan masuk ke fase berikutnya.
3. Penyangkalan
   Klien yang sudah mendapat penjelasan tentang kondisinya berusaha menyangkal keadaan sebagai upaya pertahanan ego karena tidak dapat menerima kenyataan.
4. Perlawanan
   Merupakan akibat logis dari fase sebelumnya dan mulai mengembangkan kesadaran bahwa kematian sudah dekat. Wujud dari fase ini adalah agresi dan kemarahan. Perlawanan bisa ditujukan pada diri sendiri, oranglain, dan pelayanan yang diterimanya. Klien mencari-cari jalan sendiri demi keutuhan diri.
5. Penyelesaian (perundingan)
   Bila individu merasakan tidak ada gunanya menyangkal dan kemarahan, maka ia akan merundingkan penyelesaian dengan orang lain. Reaksi yan muncul dengan menyampaikan janji-janji bila kematiannya ditunda. Peran perawat dengan memberikan support, jangan mengoreksi, rahasiakan setiap pembicaraan dan berikan kasih sayang untuk menunjukkan empati.
6. Depresi
   Individu akan menunjukkan kesedihan yang mendalam, kesendirian, dan ketakutan akan meninggalkan orang-orang yang dicintai.
7. Penerimaan
   Fase ini tidak setiap individu mampu mencapainya. Klien mulai sadar dan tenang dalam menghadapi kematian dan segala konsekuensi yang harus ditinggalkannya.

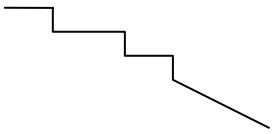
d) Perilaku Menjelang Kematian

Seseorang yang menjelang ajal, ada 4 pola perjalanan klinis yang ditunjukkan oleh perilaku klien menurut *Martocchio Patterns of living-dying* seperti gambar berikut:

1. Pola puncak dan lembah
   Pola ini memiliki karakteristik periodic sehat yang tinggi (puncak) dan periode krisis (lemah). Pada kondisi puncak, klien mempunyai harapan yang tinggi. Pada kondisi lembah sebagai kondisi yang menakutkan dan bisa menimbulkan depresi. Pada pola ini walaupun pada kondisi puncak, tetapi terjadi penurunan terus menerus sampai kematian.

Pola puncak dan lembah

2. Pola dataran yang turun
   Karakteristik dari pola ini adalah adanya sejumlah kemunduran yang terus bertambah dan tidak terduga dalam periode yang tidak bisa dipastikan. Klien hampir tidak kembali pada kesehatan semula sebelum krisis. Secara emosional pernyataan sia-sia dan kemarahan klien serta keluarga.



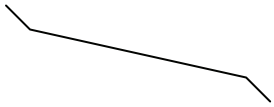
Pola dataran yang turun

3. Pola tebing yang menurun
   Penurunan kondisi yang menetap/stabil yang menggambarkan semakin buruknya keadaan klien. Kondisi penurunan dapat diperkirakan baik dalam ukuran jam atau hari.

   Klien biasanya jatuh dalam kondisi tidak sadar dan sedikit waktu untuk berpamitan dengan keluarga. Banyak ditemui di unit intensive (ICU).

Pola lereng turun

4. Pola landai turun sedikit-sedikit
   Karakteristik dari pola ini kehidupan yang mulai surut, berlahan dan hampir tidak teramati sampai akhirnya menghebat menuju kematian. Ada beberapa kasus tetap mendapatkan alat bantuan hidup (APH), tetapi sampai kapan alat itu tetap terpasang?.



Pola landai turun sedikit demi sedikit

Berhentinya respirasi dan denyut jantung merupakan definisi kematian, tetapi baru dipastikan mati bila fungsi otak berhenti secara irreversible. Mati otak (*brain death*) ditandai dengan hilangnya respon stimulus luar, respon pupil terhadap cahaya, dan reflek cornea, hilangnya pergerakan mata saat *doll's eye maneuver* atau tes kalori.

e) Meninggal secara terhormat

Meninggal secara terhormat berarti seseorang telah diperlakukan secara terhormat. Rasa hormat ini dapat dijadikan prinsip, dengan kata lain, seseorang telah diperlakukan secara manusiawi dan sama seperti orang lain. Hal ini juga dapat berarti bahwa individu ingin dihargai dan setiap upaya yang dilakukan dilandasi dengan prinsip tersebut. Tidaklah mungkin untuk melihat masalah yang berkenaan dengan kematian secara terhormat tanpa mempertimbangkan keputusan mengenai akhir kehidupan. Setiap keputusan tidak hanya ditentukan oleh satu orang atau satu kelompok profesional, tetapi mencakup klien, keluarga, dan berbagai pihak yang berkaitan dengan perawatan klien.

D. Berduka (Grieving)

Grieving adalah reaksi emosi terhadap kehilangan, biasanya akibat perpisahan. Dimanifestasikan dalam perilaku, perasaan dan pemikiran. *Grieving* juga merupakan proses mengalami reaksi psikologis, fisik dan sosial terhadap kehilangan yang dipersepsikan. Respon yang ada dalam *grieving* yaitu keputusasaan, kesepian, ketidakberdayaan, kesedihan, rasa bersalah dan marah. *Grieving* juga mencakup pikiran, perasaan dan perilaku.

Breavement adalah respon subjektif (dalam masa berduka) yang dilalui selama reaksi berduka. Biasanya berefek terhadap kesehatan. Sedangkan *meurning* (berkabung) adalah periode penerimaan terhadap kehilangan dan berduka yang terjadi selama individu dalam masa kehilangan. Sering dipengaruhi oleh kebudayaan dan kebiasaan.

1) Reaksi Berduka
   a. Menolak dan isolasi
      - Tidak percaya terhadap hal tersebut.
      - Tidak siap menghadapi masalah.
      - Memperhatikan kegembiraan yang dibuat-buat (menolak berkepanjangan).
   b. Marah (*Anger*)
      - Marah terhadap orang lain untuk hal-hal sepele: iritabel/sensitif.
   c. *Bargaining*/tawar menawar
      - Mulai tawar menawar terhadap *loss.*

- Mengekspresikan rasa bersalah, takut, putisment terhadap rasa berdosa, baik nyata maupun imajinasi.

d. Depresi
   - Rasa berduka terhadap apa yang terjadi.
   - Kadang bicara bebas atau menarik diri.

e. *Acceptance*/penermaan
   - Penurunan interest lingkungan sekitar.
   - Berkeinginan untuk membuat rencana-rencana.

2) Konsep Teori Berduka

a. Teori Engel (1964)
   - Syok dan tidak percaya.
   - Mengembangkan kesadaran.
   - Mengenali dan restitusi.

b. Teori Kubler – Ross (1969)
   - *Denial* (mengingkari)
   - *Anger* (marah)
   - *Bergaining* (tawar menawar)
   - *Depression* (sedih yang mendalam)
   - *Acceptance* (penerimaan).

c. Teori Rando (1991)
   - Penghindaran.
   - Konfrontasi.
   - Akomodasi.

Meskipun tidak ada dua orang yang bereaksi sama terhadap kematian dan ajal, namun respons fisiologis dan psikologis terhadap kematian, yang dikenal sebagai berduka, telah digambarkan dalam tahapan-tahapan olah orang-orang terkenal seperti Engel, Linderman, Parkes, Bolbey dan Kubler-Ross.

Berduka merupakan respons yang normal dan universal terhadap kehilangan yang dialami melalui perasaan, perilaku dan penderitaan emosional. Berduka adalah proses pergeseran melewati nyeri akibat kehilangan. Kehilangan kesehatan, teman, kerabat, pekerjaan dan keamanan finansial merupakan sebagian dari kehilangan kumulatif yang menyebabkan berduka pada lansia. Periode berduka adalah waktu penyembuhan, adaptasi dan pertumbuhan.

Meskipun banyak orang yang setuju terhadap kesamaan proses berduka, namun ada juga yang mernyetujui bahwa setiap orang melewati proses berduka secara berbeda. Namun, menggambarkan serangkaian fase yang mencirikan reaksi berduka merupakan hal yang mungkin untuk dilakukan. Fase-fase ini mencakup syok awal dan

rasa tidak percaya, yang menyebabkan kesadaran dan kemudian protes, yang akhirnya menyebabkan reorganisasi dan restitusi.

Asuhan keperawatan untuk pasien dan pemberi perawatan yang berduka memerlukan rasa saling memberi yang sensitif, peduli dan empati. Berbagi pendapat, perasaan dan ketenangan merupakan intervensi keperawatan yang tepat. Bimbingan keperawatan adaptif dapat membantu mempersiapkan orang yang menjelang ajal untuk menghadapi nyeri dan perasaan alamiah mereka yang berhubungan dengan proses berduka.

3) Berduka dan Proses Keperawatan

1. Pengkajian
   - Perawat menghindari membuat asumsi
   - Memberi kesempatan klien untuk ekplorasi perasaan
   - Pengkajian pada klien dan keluarga tentang makna kehilangan mereka
   - Gunakan komunikasi terbuka
   - Kaji reaksi klien selama berduka
   - Perilaku kehilangan mungkin urut, mungkin juga tidak atau berulang.
   - Kaji factor- factor yang mempengaruhi penerimaan kehilangan
   - Pengkajian karakteristik personal seperti Usia, Jenis kelamin, Status sosial ekonomi
   - Sifat hubungan dg subyek yg hilang
   - Karakteristik kehilangan
   - Keyakinan kultural dan spiritual
   - Sistim pendukung
2. Diagnosa Keperawatan
   - Berduka disfungsional
   - Berduka yang diantisipasi
   - Impairment adjustment (penyesuaian diri terganggu)
3. Perencanaan dan Implementasi
   - Komunikasi terapeutik
   - Mempertahankan harga diri
   - Peningkatan aktifitas kembali ke kehidupan
   - Meningkatkan kenyamanan spiritualitas
   - Pencegahan konsentrasi dan isolasi
   - Dukungan keluarga
   - Memberikan perhatian pada care giver

Unit 4

ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN JIWA KHUSUS

13. Asuhan Keperawatan pada gangguan jiwa Anak dan Remaja
14. Asuhan Keperawatan pada anak dengan Retardasi Mental
15. Asuhan Keperawatan pada klien perubahan Alam Perasaan
16. Asuhan Keperawatan pada klien Gangguan Mental Organik
17. Asuhan Keperawatan pada klien Skizofrenia

BAB 13

Asuhan Keperawatan Gangguan Jiwa pada Anak dan Remaja

A. Latar Belakang

Anak dan remaja merupakan generasi kekuatan bangsa yang perlu disiapkan secara fisik maupun mental dalam menghadapi perubahan era kesejagatan yang penuh dengan persaingan untuk menjadi sumberdaya manusia yang terbaik. Sebagai kekuatan bangsa jika ditinjau dari proporsi penduduk, dimana 40 % dari total populasi terdiri dari anak dan remaja berusia 0 – 16 tahun dan 7 – 14 % dari populasi anak dan remaja ini mengalami gangguan kesehatan jiwa, termasuk antara lain anak dengan tuna grahita, gangguan perilaku, kesulitan belajar dan hiperaktif. Sebanyak 13,5 % anak balita merupakan kelompok usia beresiko tinggi mengalami gangguan perkembangan, sementara 11,7 % anak prasekolah beresiko tinggi mengalami gangguan perilaku.

Prevalensi gangguan kesehatan jiwa pada anak dan remaja cenderung akan meningkat sejalan dengan permasalahan kehidupan dan kemasyarakatan yang semakin kompleks, sehingga memerlukan pelayanan kesehatan jiwa yang memadai sehingga memungkinkan anak dan remaja untuk mendapatkan kesempatan tumbuh kembang secara maksimal.

B. Proses Tumbuh Kembang Jiwa Anak

Tumbuh kembang anak merupakan hasil maturasi/pematangan dan proses belajar dari kultur/budaya, social, hubungan interpersonal dan bermain yang merupakan bagian penting dalam keberhasilan mekanisme koping, adaptasi dan integrasi menuju masa dewasa.

Tugas-tugas ideal selama masa pendewasaan adalah:

1. Evolusi dan perkembangan identitas diri, sex, hubungan keluarga dan lingkungan social.
2. Bersifat individu dan tidak tergantung dari kontrol orang lain
3. Klarifikasi dan memprioritaskan nilai, kepercayaan dan peminatan,
4. Menentukan arti hubungan dengan individu yang sejenis dan berlainan jenis.
5. Keberhasilan dan sukses dalam membina keintiman/kerukunan
6. Pengertian dan ekspresi emosi yang wajar
7. Perkembangan dalam mengerti tujuan hidup
8. Membentuk diri dalam kompetensi dan kejujuran
9. Ketetapan hati terhadap tujuan karir dan pola hidup.

Menurut Eric Ericson, 1963, setiap fase perkembangan dapat terjadi konflik sesuai dengan tugas perkembangannya dan harus disintesa. Bila tidak dapat memecahkan stressor dan krisis ini maka pada fase ini tugas perkembangannya akan terfiksasi dan mempengaruhi fase perkembangan selanjutnya. Fase perkembangan menurut Eric ericson perkembangan psikososial (Emosional, social, kognitif dan moral)

1) Neonatus (Lahir – 4 Minggu)
   a) Bersifat unik → ketergantungan kebutuhan yang sangat tinggi terhadap kasih sayang, kehangatan, kebersihan, makan minum dan perlindungan.
   b) Bukan hanya pemenuhan kebutuhan tetapi juga menafsirkan kebutuhan.
   c) Rasa keterikatan emosional → dipengaruhi oleh kondisi kesehatan neonatus dan orang tua, kemampuan sensori motorik dan respon, harapan social budaya, harapan orang tua, ekonomi dan kesediaan orang tua untuk memenuhi kebutuhan dan isyarat oleh neonatus.
   d) Perkembangan kognitif→ masih berupa sensorimotor (gerakan menghisap dan memegang sesuatu).
2) Bayi (1 – 12 bulan)
   a) Tumbuh kembang tercepat pada fase ini
   b) Bayi tergantung pada orang tua kebutuhan fisiologik dan psikologik
   c) Kelanjutan pembinaan rasa percaya
      Rasa percaya terhadap orang tua melalui sikap orang tua yang konsisten terhadap kebutuhan bayi, membuat lingkungan aman melalui rutinitas dan peka terhadap kebutuhan bayi dan pemenuhan kebutuhan secara terampil dan sesegera mungkin.
   d) Usia 7 – 9 bulan bayi mulai menyadari dirinya bagian terpisah dari orang tua sehingga akan menangis bila dipisahkan dari orang tua atau pengasuhnya.
   e) Harga diri terbentuk melalui kegiatan fisik dan reaksi orang lain terhadap bayi.

   → Neonatus dan bayi dikelompokkan dalam fase I yaitu Trust vs Mistrust, dimana bila fase ini tugas perkembangannya tidak terpenuhi akan terjadi ketidakpercayaan dg orang lain, iritabilitas, menarik diri, bermusuhan dan kecemasan dan ketakutan yang berlebihan.

3) Toddler (1 – 3 tahun)
   a) Mengembangkan kemandirian dengan lebih memahirkan yang sudah dipelajari waktu bayi dengan berjalan, berbicara, menyuap makan sendiri.
   b) Kemampuan mengeksplorasi dan memanipulasi lingk tanpa tergantung pada orang lain
   c) Belajar mengendalikan buang air kecil dan besar
   d) Beri kesempatan untuk mengembangkan ketrampilan motorik seperti minum dari gelas, menggunakan sendok untuk kemandirian.
   e) Meniru perilaku orang dewasa sebagai contoh peran → cukup fleksibel dan rasa percaya diri untuk kebebasan dalam batasan yang aman untuk mengeksplor dan mengujicobakan perilaku untuk meningkatkan kemandirian.
   f) Belajar mentolerasi frustasi sampai batas tertentu dan masih sulit menentukan pilihan kegiatan.
   g) Perkembangan kognitif → rasa ingin tahu tentang diri mereka sendiri dan sudah mampu mengidentifikasi sebagai laki-laki atau perempuan.
   h) Berbahasa semakin baik dan mulai mengerti tentang konsep waktu dan berespon jika disuruh menunggu.
   i) Mulai mengerti tentang baik dan buruk, mencoba mematuhi orang tua untuk mendapatkan persetujuan dan menghindari hukuman.

   → Fase toddler ini juga disebut fase otonomi vs shame (malu), dimana bila tugasnya tidak terpenuhi anak akan dependensi, ragu-ragu yang mendasar, pengekangan diri yang berlebihan, keras kepala, menentang, sadistik, agresif dan obsesi kompulsif.
4) Pra Sekolah (3 – 5 tahun)
   a) Menguasai ketrampilan motorik kasar dan halus serta mengembangkan kemampuan berkomunikasi secara verbal dan non verbal.
   b) Fokuskan pengembangan motorik halus seperti penggunaan pensil, menggambar dan bermain dengan teman sebaya untuk mengembangkan ketrampilan fisik dan social.
   c) Mengembangkan inisiatif jika aman melalui interaksi yang sesuai dengan orang tua.
   d) Rasa ingin tahu yang besar tetapi mampu mentoleransi perpisahan dengan orang tuanya.
   e) Lebih mampu bersosialisasi dan lebih stabil perasaannya (mood)
   f) Tidak mampu membedakan kenyataan dengan fantasi → jika membuat kesalahan tekankan bahwa perilakunya yang salah dan bukan dirinya yang salah.
   g) Permainan yang memfasilitasi kebersamaan, rasa toleransi dan menanamkan sifat baik dan norma.
   h) Kemampuan kognitif melalui pemikiran magik dan cara berpikir yang konkrit.
   i) Terbatas kemampuan menentukan ukuran, bentuk, volume, usia dan waktu.

   → Disebut juga fase inisiatif vs bermusuhan.

5) Usia sekolah (5 – 12 tahun)
   a) Mengembangkan kekuatan internal dan tingkat kematangan untuk bergaul di luar rumah.
   b) Menanamkan interaksi yang sesuai dengan teman sebaya dan orang lain serta meningkatkan ketrampilan intelektual khususnya di sekolahan.
   c) Menerapkan peraturan dalam berinteraksi dengan orang lain di luar keluarga.
   d) Perbedaan norma setiap keluarga → mengembangkan kesadaran dan penghargaan terhadap perbedaan setiap keluarga untuk berhubungan dengan orang lain lebih efektif.
   e) Orang tua perlu mendukung dan memberi contoh peran bagi anak untuk merangsang kreatifitas dan produktif.
   f) Perkembangan seksual dan citra diri → perasaan kompeten, penerimaan dan penghargaan.
   g) Perasaan berhasil dalam melakukan sesuatu sangat penting untuk perkembangan anak.
   h) Ketrampilan rasionalisasi pemahaman tentang ide atau konsep
   i) Dapat menghubungkan antara konsep waktu dan ruang, mampu mengingat serta mengumpulkan benda sejenis.
   j) Norma di rumah, sekolah, agama dan menghargai tokoh otoriter seperti orang tua dan guru.

   ➔ Disebut fase produktif (rajin) vs Rendah diri (malas) dimana bila tugas perkembanganya tidak terlaksana, anak akan merasa kekurangan diri (tidak ada satupun yang baik, merasa tidak mampu dan inferior, gangguan prestasi dan takut kompetisi.

6) Masa Remaja (12 – 18 tahun)
   a) Perubahan spesifik seks sekunder → perubahan citra diri.
   b) Pengaruh utama pada kelompok sebaya, lebih mandiri dan bingung dengan perilaku orang tuanya.
   c) Tugas mengembangkan identitas pribadi dan identitas kelompok
   d) Menjalin hubungan personal yang akrab dengan teman pria maupun wanita.
   e) Dipenuhi pertanyaan tentang arti kehidupan dan masa depan.
   f) Pengembangan identitas → fenomena kompleks yang mencerminkan keturunan, nilai keluarga, pengalaman kehidupan lalu, keyakinan dan harapan untuk masa depan serta persepsi ttg tuntutan dan harapan ortu.
   g) Beri kesempatan untuk berperilaku seperti orang dewasa lain seperti mengasuh, berpacaran atau meninggalkan rumah untuk sekolah → menelaah tanggung jawab dan peran sebagai orang dewasa.
   h) Pengarahan orang tua dalam menentukan alternative dan keputusan yang logic sangat penting.

i) Orang tua perlu pahami konflik yang dialami remaja → menunjukkan identitas diri dan perasaan masih tergantung dengan orang tua.
j) Komunikasi yg terbuka antara remaja dan orang tua sangat penting sekali.
k) Perkembangan kognitif → Mampu berpikir tentang cara mengubah masa depan, antisipasi konsekuensi setiap perilaku, dapat melihat hubungan abstrak dirinya dengan lingkungan.
l) Dari segi moral mulai menentang nilai tradisional dan mengkajinya secara logic.

Teori-teori perkembangan jiwa anak

Menurut Clunn, 1991 yang dikutip oleh Achir, 1999; 17, perkembangan jiwa anak berdasarkan landasan teori:

a. Teori perkembangan Fisio-biologis

Individu mempunyai kepribadian, sifat (Traits) dan temperamen. Kepribadian adalah elemen yang membentuk reaksi menyeluruh individu terhadap lingkungan. Temperamen adalah gay aperilaku sebagai reaksinya terhadap lingkungan dan berkaitan dengan trait yaitu atribut kepribadian. Sifat bawaan menghasilkan respon social yang berbeda yang mempengaruhi pola keterikatan (attachment patterns) dan perkembangan psikopatologi.

Body image merupakan konssep biofisik yang mempunyai dimensi biologis dan social dalam perkembangan seseorang. Bersifat dinamis dan perkembang mengikuti perkembangan interpersonal, lingkungan dan citra tubuh ideal.

b. Teori perkembangan Psikologis

Teori psikoanalisa menurut Sigmund Freud dan teori Interpersonal menurut Sullivan mendasari teori psikologis perkembangan.

Pandangan psikoanalisa menekankan bahwa tahap perkembangan dan pengaruh masa kecil mempengaruhi perilaku masa dewasa. Sedangkan teori interpersonal mengemukakan bahwa masyarakat sebagai pembentuk kepribadian. Anak belajar perilaku karena hubungan interpersonal.

c. Teori perkembangan Kognitif

Pandangan Piaget tentang perkembangan kognitif dan cara berfikir anak berbeda dengan orang dewasa. Anak belajar melalui proses meniru, bermain, kegiatan asimilasi dan akomodasi yang menjabarkan tiap tahap dan usia dari kematangan kognitif anak.

d. Teori perkembangan Bahasa

Penguasaan bahasa merupakan tugas perkembangan utama pada masa kanak-kanak, yang mana struktur linguistik dan kognitif berkembang secara parallel. Chomsky mengemukakan bahwa anak menggunakan dan menginterpretasikan kalimat baru melalui proses kognitif internal (transformasi) melalui penyusunan kata menjadi kalimat.

Mula-mula anak memverbalisasi persepsi mereka dengan memberi nama tentang hal yang dipersepsikan, kemudian meningkat dengan memverbalisasi emosi mereka. Hal ini dapat meningkatkan rasa kontrol anak terhadap perasaannya.

e. Teori perkembangan Moral

Perkembangan moral diartikan sebagai konversi sikap dan konsep primitif kedalam standar moral yang komprehensif. Proses transformasi ini tergantung pada kumpulan pertumbuhan kognitif anak yang sejalan dengan hubungan anak dengan dunia luar Freud, Piaget dan Kohlberg.

f. Teori Psikologi Ego

Teori psikologi ego menjebatani psikoanalisis dengan psikologi perkembangan ini menggunakan pendekatan structural individu yang berfokus pada ego atau diri sebagai unsure yang mandiri. Ego dan unsure rasional menentukan pencapaian intelektual dan social terdiri dari sumber energi, motif dan rasa tertarik.

9 Kompetensi ego untuk menjadi dewasa yang kompeten menurut Strayhorn:

1. Menjalin hubungan dekat dengan penuh rasa percaya
2. Mengatasi perpisahan dan membuat keputusan yang mandiri
3. Membuat keputusan dan mengatasi konflik interpersonal secara bersamaan.
4. Mengatasi frustasi dan kejadian yang tidak mengenakkan
5. Menyatakan perasaan senang dan merasakan kesenangan.
6. Mengatasi penundaan kepuasan.
7. Bersantai dan bermain
8. Proses kognitif melalui kata, symbol dan citra (Image)
9. Membina perasaan adaptif terhadap arah dan tujuan.

C. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi

Perkembangan jiwa pada anak dan remaja merupakan hasil interaksi yang dinamik antara faktor biologik dan lingkungan.

Faktor-faktor yang mempengaruhi jiwa anak:

1. Faktor Intern
   a) Sifat pembawaan
   b) Organobiologik
   c) Emosi dan kepribadian
   d) Gizi, infeksi dan trauma
2. Faktor ekstern (factor psikoedukatif dan sosiokultural)
   a) Sikap dan kebiasaan dalam mengasuh dan mendidik anak
   b) Hubungan orang tua dan anak
   c) Hubungan antar saudara dan teman
   d) Kebiasaan budaya setempat dalam memperlakukan anak.

Faktor resiko gangguan perkembangan anak:

1) Faktor keluarga
   1. Kurang pengetahuan ibu/pengasuh mengenai proses tumbuh kembang anak.

2. Usia ibu kurang dari 20 tahun
3. Ibu/pengasuh menderita gangguan jiwa
4. Jumlah anak usia kurang 3 tahun lenih dari 1 orang
5. Ayah berkepribadian antisocial
6. Hubungan keluarga tidak harmonis (bertengkar, bercerai, pendidikan orangtua berbeda).
7. Rumah kacau dan kotor
8. Kemiskinan

2) Faktor masyarakat (Lingkungan social)
   1. Perumahan kumuh dan padat
   2. Terdapat tempat hiburan/lokalisasi yang buka sampai malam
   3. Bacaan dan tontonan yang tidak sesuai
   4. Banyak anak putus sekolah dan pengangguran.

D. Scope/Bidang Jiwa Anak

1. Primary Prevention Setting
   Mencegah terjadinya masalah-masalah emosi
   - Health Education pada masa perkembangan bayi dan anak
   - Konseling orangtua dengan anak terbelakang mental
2. Secondary Prevention Setting
   Intervensi awal dalam memperkecil gangguan mental
   - Terapi modalitas untuk membantu koping anak dan keluarga
   - Konsultasi dan koordinasi dengan sekolah tentang belajar dan kesulitan mengekspresikan emosi.
3. Tertiery Prevention Setting
   Rehabilitasi untuk mengurangi dampak gangguan mental.

E. Gangguan Jiwa pada Anak

1) Retardasi mental
   a) RM Ringan IQ 50 – 70
   b) RM Sedang IQ 35 – 49
   c) RM Berat IQ 20 – 34
   d) RM sangat berat IQ < 20
2) Gangguan perkembangan pervasive
   Distorsi perkembangan fungsi psikologi dasar yang majemuk, meliputi perkembangan ketrampilan social dan berbahasa.
   Contoh gangguan ini adalah Autistik disorder/Autisme.

3) Gangguan tingkah laku
   a) Gangguan pemusatan perhatian
   b) Hiperaktif
   c) Gangguan Oppotional (menentang)
   d) ADHD
4) Gangguan perkembangan spesifik
   a) Gangguan kemampuan akademik
      - Gangguan membaca
      - Gangguan mengekspresikan bahasa
      - Gangguan aritmatik
   b) Gangguan berbicara dan berbahasa
      - Gangguan artikulasi
      - Gagap.
   5) Gangguan makan
      - Anorexia Nervosa
      - Bulemia
      - Pica
      - Muntah
   6) Gangguan Tic
      Gerakan motorik tidak terkontrol, berulang, involunter, cepat dan tidak bertujuan.
   7) Gangguan Eliminasi
      - Enurisis
      - Enkopresis
   8) Gangguan lainnya

   Mutisme elektif, gangguan tidur, Oedipus Compleks.

F. Proses Keperawatan Jiwa Anak

1. Pengkajian

a) Data Demografi
   Usia, alamat, pekerjaan dan pendidikan orangtua
b) Riwayat antenatal, kelahiran , dan post natal serta penyakit yang pernah diderita.
c) Fisik:
   - Status Gizi
   - Berat badan
   - Pola makan
   - Pemeriksaan fisik cepalo caudal
d) Status Mental:
   - Konsep diri

- Koping mekanisme
- Proses berpikir
- Orientasi
- IQ

e) Hubungan Interpersonal:
- Hubungan anak dengan kelompoknya
- Apakah mempunyai teman akrab
- Posisi anak dalam struktur kelompok

f) Riwayat Personal dan keluarga:
- Kesehatan fisik anak
- Pola asuh
- Tumbuh kembang anak

2. Diagnosa Keperawatan

a) Gangguan hubungan interpersonal
b) Harga diri rendah
c) Gangguan eliminasi; enuresis, enkoporesis
d) Gangguan komunikasi verbal
e) Ketidakmampuan mengambil keputusan
f) Resiko terjadi kekerasan pada diri dan orang lain
g) Ketidakmampuan merawat diri
h) Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan
i) Dan lain-lain

3. Perencanaan Keperawatan

1) Tujuan:
   b. Memenuhi kebutuhan emosi anak dan kebutuhan untuk dihargai
   c. Mengurangi ketegangan dan kebutuhan untuk berperilaku defensif
   d. Membantu anak menjalin hubungan positip dengan orang lain
   e. Membantu mengembangkan identitas diri anak
   f. Memberi kesempatan tahap perkembangan yang belum terselesaikan
   g. Membantu anak berkomunikasi secara efektif
   h. Mencegah anak menyakiti diri dan orang lain
   i. Membantu anak memelihara kesehatan fisiknya
   j. Meningkatkan uji cobarealitas yang tepat.
2) Intervensi:
   a) **Terapi Bermain**
      Media mengekspresikan konflik yang belum terselesaikan

Fungsi Bermain:

- Menguasai dan mengasimilasi kembali pengalaman yang lalu
- Berkomunikasi tentang kebutuhan yang tidak disadari
- Berkomunikasi dengan oranglain
- Menggali dan mencoba belajar berhubungan dengan diri sendiri dan orang luar

b) **Terapi Keluarga**

Semua anggota keluarga dilibatkan dan Peningkatan kesadaran keluarga bahwa berperan utama dalam 'penyembuhan'.

c) **Terapi Kelompok**

Memberi aktifitaaas dalam kelompok

Latihan berbicara dalam kelompok , bermanfaat untuk:

- Meningkatkan uji realitas
- Mengendalikan dorongan internal
- Meningkatkan harga diri
- Memfasilitasi kematangan dan ketrampilan

Psikofarmaka

Mengurangi dan mengontrol gejala perilaku hiperaktif, impulsive, depresi dan ansietas.

d) **Terapi Individu**

- Terapi bermain psikoanalisa
- Psikoterapi
- Terapi bermain pengalaman

e) **Terapi Lingkungan**

- Lingkungan yang aman
- Kegiatan teratur dan terprogram
- Lingkungan terapeutik (Reward dan Punished)

f) **Pendidikan Pada Orangtua**

a) Pengetahuan orangtua tentang tumbuh kembang sesuai dengan usia
b) Meningkatkan ketrampilan komunikasi ® Pengertian dan empati antara orangtua dan anak.
c) Psikodinamika keluarga
d) Konsep kesehatan jiwa
e) Penggunaan obat.

4. Evaluasi

a. Keefektifan intervensi dalam mengelola perilaku
b. Kemampuan berhubungan dengan teman sebaya, dewasa dan orangtua secara wajar.
c. Kemampuan mandiri dalam perawatan diri

d. Kemampuan mengikuti program sebagai rekreasi dan proses belajar
e. Respon terhadap peraturan dan rutinitas
f. Status mental secara menyeluruh
g. Koordinasi dan rencana pemulangan

G. Scope/Ruang Lingkup Jiwa Remaja

1. Fungsi Keperawatan Langsung
   a) Psikoterapi (Individu, keluarga dan kelompok)
   b) Penjaringan dan evaluasi
   c) Home visite
   d) Konseling
   e) Pendidikan sex dan kesehatan
   f) Survey dukungan dan pengobatan
   g) Kegiatan kemayarakatan
   h) Intervensi krisis
2. Fungsi Keperawatan Tidak Langsung
   a) Pendidik
   b) Petugas administrasi
   c) Supervisor klinik
   d) Konsultan.

H. Perkembangan Jiwa Remaja

1. Sukses dalam hubungan baru dengan lawan jenis
2. Berhasil tampil maskulin atau feminim dalam peran social
3. Penerimaan terhadap fisiknya dan menggunakan tubuh secara efektif
4. Berhasil tidak tergantung emosi dari orangtua dan orang dewasa lain
5. Menyiapkan pernikahan dan kehidupan keluarga
6. Menyiapkan karir untuk menunjang ekonomi keluarga
7. Memperoleh nilai-nilai dan system etika yang mempengaruhi perilaku dan perkembangan ideology.

Landasan teori kejiwaan Adolescent:

- Teori Psikoanalisa
- Teori Biologi
- Teori perkembangan intelektual
- Teori kultur/budaya
- Teori multidimensional

I. Gangguan Jiwa Remaja

1. Gangguan perilaku sexual:
   - o Sexual aktif
   - o Pseudosexual
   - o Masturbasi
   - o Homosexual
2. Bunuh diri pada remaja
3. Runaway
4. Gangguan tingkah laku; antisocial
5. Violent
6. Substanse abuse
7. Hypochondric
8. Phobia sekolah
9. Masalah diit

J. Proses Keperawatan Psikiatri Remaja

1) Pengkajian
   a) Pertumbuhan dan perkembangan
   b) Status fisik
   c) Status emosi
   d) Latar belakang sosek, kultur, religius
2) Prinsip Intervensi
   1. Meningkatkan harga diri dan menjaga martabat individu
   1. Memberi dukungan terhadap rencana pengobatan termasuk lingkungan pergaulan dan terapi individu
   2. Meningkatkan stabilitas mental dan emosional
   3. Memberikan fasilitas sosialisasi
   4. Mendorong komunikasi yang wajar
   5. Meningkatkan kemauan dan bermain yang wajar dengan teman sebaya
   6. Modifikasi perilaku dengan memberi batasan yang jelas dan tegas
   7. Melibatkan keluarga dalam toleransi dan penanganan gangguan yang ada
   8. Memberi fasilitas komunikasi tentang pertemuan klien dan keluarga.

PENGKAJIAN KEPERAWATAN JIWA ANAK

1. DATA DEMOGRAFI

Nama	:		☐ L/☐ P
Tgl. Lahir/umur	:		
Alamat	:		
No. RM	:		
Diagnosis	:		
Nama Ayah	:	Nama Ibu	:
Umur	:	Umur	:
Pekerjaan	:	Pekerjaan	:
Pendidikan	:	Pendidikan	:

2. RIWAYAT TERDAHULU
   Riwayat prenatal, riwayat persalinan, postnatal, alergi, penyakit dan pengobatan yang pernah diterima
   .....
   .....
3. KEGIATAN KEHIDUPAN SEHARI-HARI
   Gizi, BB, TB, jadwal makan dan minat terhadap makanan tertentu, kebiasaan tidur dan kualitas tidur, kecacatan dan keterbatasan lainya.
   .....
   .....
4. PENGKAJIAN FISIK
   Keadaan kulit, kepala, rambut, mata, telinga, hidung, mulut.
   .....
   .....
5. STATUS MENTAL
   Emosi, persepsi sensori, perilaku, cara berbicara, interaksi
   .....
   .....
6. RIWAYAT PERSONAL DAN KELUARGA
   Faktor pencetus, riwayat gejala, tumbuh kembang anak, kehidupan keluarga, status kesehatan.
   .....
   .....
7. HUBUNGAN INTERPERSONAL
   .....
   .....
8. KEMAMPUAN YANG DIMILIKI SAAT INI
   .....
   .....
9. MASALAH KELUARGA
   Keluhan dalam keluarga
   .....
   .....
10. KESIMPULAN
    .....
    .....

....., tgl. .....

_____

NIM.

EVALUASI KEPERAWATAN (LEMBAR KEGIATAN BELAJAR)

Bulan: .....

Nama Pasien : ..... Nomor RM : .....
Jenis kelamin : ☐ L/☐ P Umur : ..... tahun
Diagnosis Medis : .....

Program A: Kemampuan memperhatikan							
Perintah: " Lihat "	**Tanggal**						
Mempertahankan kontak mata selama 1-3 detik							
Kontak mata ketika dipanggil							
Program B: Kemampuan Imitasi							
Perintah: " Tirukan "	**Tanggal**						
Menirukan satu gerakan motorik kasar dengan atau tanpa benda							
1. Tepuk tangan							
2. Tepuk meja							
Program B: Kemampuan Imitasi							
Perintah: " Tirukan "	**Tanggal**						
Menirukan satu gerakan motorik halus tanpa atau dengan benda							
1. Gulung plastisin							
2. Gosok-gosok tangan							
Perintah: " Tirukan "	**Tanggal**						
Manipulasi benda dengan suara							
1. Main mobil-mobilan katakan " Ngeng "							
Perintah: " Tirukan "							
Menirukan satu gerakan motorik halus dengan benda							
1. Gulung plastisin							
Perintah: " Tirukan "							
Menirukan satu gerakan motorik oral							
1. Buka mulut							
Perintah: " Tirukan "							
Imitasi balok							
Membangun balok satu demi satu (dua balok)							
Program C: Kemampuan Menyamakan							
Perintah: " Samakan "	**Tanggal**						
1. Menyamakan benda dengan benda (dua benda)							
2. Menyamakan gambar dgn gambar (dua gambar)							
3. Menyamakan bentuk (dua bentuk)							
Program D: Kemampuan Bahasa Reseptif							
Perintah: " ..... "	**Tanggal**						
Menjalankan perintah verbal							
1. Duduk							
2. Sini							

Perintah: " ..... "							
Menjalankan perintah verbal dalam posisi duduk							
1. Tangan dilipat							
Perintah: " Tunjuk ....."							
Identifikasi benda secara reseptif							
1. Apel							
2. Buku							
Perintah: " Tunjuk ...."							
Identifikasi anggota tubuh secara reseptif							
1. Mata							
2. Hidung							
Program E: Kemampuan Bahasa Ekspresif							
Perintah: " Apa ini? "							
Identifikasi benda secara ekspresif							
1. Apel							
2. Buku							
Perintah: " Apa ini? "							
Identifikasi anggota tubuh secara ekspresif							
1. Mata							
2. Hidung							
Program F: Kemampuan Komunikasi							
Menunjuk benda yang diinginkan bila ditanya " Kamu mau apa							
1. Dalam situasi bermain							
2. Satu benda							
Program G: Kemampuan Akademis							
Perintah: " Susun "							
Menyusun benda dari ukuran kecil ke besar							
1. Stacking ring							
Perintah: " Tirukan "							
Mencoret sembarang							
1. Scribble							
Program H: Kemampuan Bina Diri							
Perintah: " Tirukan "							
Aktivitas sehari-hari							
1. Minum dari gelas							
2. Buang air kecil sendiri							

LAPORAN KEGIATAN DAN EVALUASI
TERAPI TUMBUH KEMBANG ANAK

Nama Pasien : .....
Jenis kelamin : ☐ L/☐ P
Nomor RM : .....
Umur : ..... tahun

HARI/TGL	JENIS KEGIATAN	KEMAMPUAN			KETERANGAN
		B	C	K	

BAB 14

Asuhan Keperawatan pada Retardasi Mental

A. Latar Belakang

Angka anak dengan keterbelakangan mental di Indonesia cukup tinggi, hampir 3 % dari populasi. Tetapi hanya terdapat 162 institusi dan fasilitas pendidikan luar biasa bagi penyandang tuna grahita (FNKCM, 1990). Program yang tersedia pada institusi pendidikan luar biasa belum memfasilitasi program intervensi dini untuk meningkatkan kemampuan anak retardasi mental seoptimal. Institusi pendidikan dan fasilitas untuk anak retardasi mental sebagian besar ada di kota besar, sedangkan banyak pula anak dengan tunagrahita/ retardasi mental sebagian besar di pedesaan. Kompleksitas masalah penyandang tunagrahita dan keluarga, seperti keterbatasan financial, kekhawatiran masa depan, stigma masyarakat, dan ketergantungan, sehingga memerlukan usaha yang terpadu meliputi upaya promotif, preventif dan asuhan langsung pada anak retardasi mental dan keluarga.

Anak dengan kelainan mental memperlihatkan fungsi intelektual dan kemampuan dalam perilaku adaptif di bawah usianya sehingga anak yang mengalami kelainan mental kurang mampu mengembangkan keterampilan dan kebiasaan - kebiasaan yang dimiliki anak seusianya. Kelainan alat sensori ini pada seseorang (mental subnormal) juga berarti telah kehilangan sebagian besar kemampuan untuk mengabstraksi peristiwa yang ada di lingkungan secara akurat.

B. Pengertian Retardasi Mental

Mental retardation (F70-F79) (retardasi mental) Suatu keadaan perkembangan pikiran yang tertahan atau tidak komplet, terutama ditandai oleh gangguan keterampilan yang dimanifestasikan selama periode perkembangan, yang mengenai semua tingkat intelegensi, misalnya, kemampuan kognitif, berbahasa, motorik, dan sosial. Retardasi dapat terjadi dengan atau tanpa keadaan mental atau fisik lainnya (WHO, 2010).

Retardasi mental menerangkan keadaan fungsi intelektual umum bertaraf subnormal yang dimulai dalam masa perkembangan individu dan yang berhubungan dengan terbatasnya kemampuan belajar maupun penyesuaian din proses pendewasaan individu tersebut atau kedua-duanya (Nelson dalam Muttaqin, 2008). Retardasi mental, merupakan gangguan dimana terjadi gangguan dalam fungsi intelektual yang sub normal. Adanya perilaku adaptif sosial dan timbul pada masa perkembangan yaitu dibawah umur 18 tahun (Hidayat, 2007).

Retardasi mental ialah keadaan dengan intelegensia yang kurang (subnormal) sejak masa perkembangan (sejak lahir atau sejak masa anak). Biasanya terdaat perkembangan mental yang kurang secara keseluruhan, tetapi gejala utama ialah intelegensia yang terbelakang. Retardasi mental dan orang tua disebut juga oligofrenia (oligo=kurang atau sedikit dan fren=jiwa) atau tuna mental. Retardasi mental bukan suatu penyakit walapun retardasi mental merupakan hasil dari proses patologik di dalam otak yang memberikan gambaran keterbatasan terhadap intelektual dan fungsi adaptif. Retardasi mental dapat terjadi dengan atau tanpa gangguan jiwa atau gangguan fisik lainnya.

C. Tingkatan Retardasi Mental

Berdasarkan tingkatan dalam retardasi mental dapat dibagi menjadi empat kelompok retardasi mental, diantaranya retardasi mental ringan dengan taraf IQ: 50 - 70, retardasi mental sedang dengan taraf IQ: 35 - 49, retardasi mental berat dengan taraf IQ: 20 - 34, retardasi mental sangat berat dengan taraf IQ: kurang dan 20 (Hidayat, 2007).

Tabel
Klasifikasi Retardasi Mental

Tingkat keparahan	Gambaran
Boderline IQ 70 - 84	1) Biasanya akibat sosial ekonomi rendah 2) Bisa hidup dengan normal tetapi mudah mudah mengalami gangguan pendidikan 3) Berhasil mencapai penyesuaian social dan pekerjaan.
Ringan IQ 50-55 s/d 69	1) 90 % anak-anak terbelakang 2) Sering karena deprivasi psikososial 3) Masa prasekolah mampu mengembangkan ketrampilan sosial dan komunikasi, mininimal sensori motorik 4) Kelas khusus, dan memiliki kemampuan membaca →kls 6 s/d 20 th

Tingkat keparahan	Gambaran
	5) Dapat penyesuaian diri dan berfungsi dengan baik pekerjaan dan sosial → bisa mencari nafkah tetapi perlu bimbingan bila stress sosial dan ekonomi.
Sedang IQ 35 s/d 50-55	1) Deprivasi psikososial dan abnormalitas biologik. 2) Kelas kelompok terbelakang yang masih dapat dilatih dan beberapa ketrampilan akademik 3) Dapat belajar berkomunikasi, tetapi kesadaran sosial kurang. Dapat dilatih dengan ketrampilan sosial dan pekerjaan. 4) Sukar maju lewat kelas 2, dapat belajar bepergian sendiri ke tempat yg dikenal. 5) Mencari nafkah dengan pekerjaan kasar. 6) Penyesuaian dengan pengawasan dan bengkel terlindung.
Berat IQ 20 - 35	1. Abnormalitas biologic 2. Perkembangan motorik kurang, bicara minimal, ketrampilan komunikasi min. 3. Masih mampu belajar ketrampilan untuk mengurus diri secara minimal dan kemampuan percakapan yang sederhana. 4. Tidak dapat dididik, tetapi dapat dilatih, mengenal bahaya, tapi tidak dapat mencari nafkah 5. Membutuhkan banyak pengawasan serta sering dimasukkan dalam lembaga.
Sangat Berat IQ dibawah 20	1. Abnormalitas biologic 2. Retardasi berat, kemampuan minimal untuk berfungsi dalam bidang sensori motori 3. Selalu membutuhkan pengawasan dan perawatan. 4. Pengawasan secara total, pengajaran mengurus diri minimal 5. Dilatih toilet, perkembangan bahasa mininimal 6. Tidak dapat dididik dan tidak dapat dilatih, tidak mengenal bahaya dan tidak dapat mengurus diri.

D. Etiologi Retardasi Mental

Terjadinya retardasi mental dapat disebabkan oleh faktor genetik atau juga kelainan dalam kromosom, faktor ibu selama hamil terjadi gangguan dalam gizi atau penyakit pada ibu seperti rubella, atau adanya virus lain atau juga faktor setelah lahir dimana dapat terjadi kerusakan otak, seperti karena meningitis, encephalitis dan lain-lain (Hidayat, 2007).

Penyebab kelainan mental ini adalah factor keturunan (genetic) atau tak jelas sebabnya (simpleks) keduanya disebut retardasi mental primer. Sedangkan factor sekunder disebabkan oleh factor luar yang berpengaruh terhadap otak bati dalam kandungan atau anak-anak. Retardasi mental menurut penyebabnya yaitu:

1. Akibat infeksi dan atau intoksikasi. Dalam kelompok ini termasuk keadaa retardasi mental karena kerusakan jaringan otak akibat infeksi intracranial, karena serum, obat zat toksik lainnya.

2. Akibat rudapaksa dan atau sebab fisik lain. Rudapaksa sebelum lahir serta juga trauma lain, seperti sinar x, bahan kontrasepsi dan usaha melakukan aborsi dapat mengakibatkan kelainan dengan retardasi mental. Rudapaksa sesudah lahir tidak begitu sering mengakibatkan retardasi mental.
3. Akibat gangguan metabolism, pertumbuhan atau gizi. Semua retardasi mental yang langsung disebabkan oleh ganggua metabolism (misalnya gangguan metabolism lemak, karbohidrat, dan protein), pertumbuhan atau gizi termasuk dalam kelompok ini. Ternyata gangguan gizi yangberat dan yang berlangsung lama sebelum umur 4 tahun sangat mempengaruhi perkembangan otak dan dapat mengakibatkan retardasi mental. Keadaan dapat diperbaiki dengan memperbaiki gizi sebelum umur 6 tahun, sesudah ini biarpun anak itu dibanjiri dengan makanan bergizi, intelegensi yang rendah sudah sukar ditingkatkan.
4. Akibat penyakit otak yang nyata (postnatal). Dalam kelompok ini, termasuk retardasi mental akibat neoplasma (tidak termasuk pertumbuhan sekunder karena rudapaksa atau peradangan) dan beberapa reaksi sel-sel otak yang nyata, tetapi yang belum diketahui betul etiologinya (diduga herediter). Reaksi sel-sel otak ini dapat bersifat degenerative, infiltrative, radang, proliferative, sklerotik atau reparative.
5. Akibat penyakit atau pengaruh prenatal yang tidak jelas. Keadaan ini diketahui sudah ada sejak sebelum lahir, tetapi tidak diketahui etiologinya, termasuk anomaly kranial primer dan defek kogenital yang tidak diketahui sebabnya.
6. Akibat kelainan kromosom. Kelainan kromosom mungkin terdapat dalam jumlah atau dalam bentuknya.
7. Akibat prematuritas. Kelompok ini termasuk retardasi mental yang behubungan dengankeadaan bayi pada watu lahir berat badanya kurang dari 2500 gram dan/atau dengan masa hamil kurang dari 38 minggu serta tidak teradapat sebab-sebab lain seperti dalam sub kategori sebelum ini.
8. Akibat gangguan jiwa yang berat. Untuk membuat diagnosa ini harus jelas telah terjadi gangguan jiwa yang berat itu dan tidak terdapat tanda-tanda patologi otak.
9. Akibat deprivasi psikososial. Retardasi mental dapat disebabkan oleh factor-faktor biomedik maupun sosiobudaya.

E. Peran Perawat pada Retardasi Mental

Tabel

Upaya pencegahan dan pengobatan Retardasi Mental Lumbantobing, 2010)

Pencegahan primer	Dapat dilakukan dengan pendidikan kesheatan pada masyarakat, perbaikan keadaan-sosio ekonomi konseling genetic dan tindakan kedokteran (umpamanya) perawatan prenatal yang baik, pertolongan persalinan yang baik, kehamilan pada wanita adolesen dan diatas 40 tahun dikurangi dan pencegahan peradangan otak pada anak-anak).

Pencegahan sekunder	Meliputi diagnose dan pengobatan dini peradangan otak, perdarahan subdural, kraniostenosis (struktura tengkorak menutup terlalu cepat, dapat dibuka dengan kraniotomi; pada mikrosefali yang kogenital, operasi tidak menolong).
Pencegahan tersier	Merupakan pendidikan penderita atau latihan khusus sebaiknya di sekolah luar biasa. Dapat diberi neuroptika kepada yang gelisah, hiperaktif atau dektruktif
Konseling	Kepada orang tua dilakukan secara fleksibel dan pragmatis dengan tujuan antara lain membantu mereka dalam mengatasi frustrasi oleh karena mempunyai anak dengan retardasi mental. Orang tua sering menghendaki anak diberi obat, oleh karena itu dapat diberi penerangan bahwa sampai sekarang belum ada obat yang membuat anak menjadi pandai, hanya ada obat yang dapat membantu pertukaran zat (metabolisme) sel-sel otak.
Latihan dan pendidikan	1) Mempergunakan dan mengembangkan sebaik-baiknya kapasitas yang ada 2) Memperbaiki sifat-sifat yang salah atau yang anti sosial 3) Mengajarkan suat keahlian (*skill*) agar anak itu dapat mencari nafkah kelak.
Latihan diberikan secara kronologis	4) Latihan rumah, pelajaran-pelajaran mengenai makan sendiri, berpakaian sendiri, kebersihan badan 5) Glatihan sekolah, yang penting dalam hal ini adalah perkembangan sosial 6) Latihan tekniks, diberikan sesuai dengan minat, jenis kelamin dan kedudukan sosial 7) Latihan moral, dari kecil anak harus diberitahukan apa yang lebih baik dan apa yang tidak baik. Agar ia mengerti, maka tiap-tiap pelanggaran disiplin perlu disertai dengan hukuman dan setiap perbuatan yang baik perlu disertai hadiah.

F. Proses Keperawatan pada Retardasi Mental

1) Pengkajian
   a. Meliputi aspek fisik, psikologis dan social → saat kunjungan rumah dan sekolah
   b. Tes intelegensi (intelektual) dan kemampuan adaptasi → menegakkan diagnosa.
   c. Hal – hal yang perlu dikaji meliputi:
      a) Riwayat kesehatan
         Data dari orangtua tentang keluhan dan perilaku anak di rumah. Masalah fisik seperti alergi, nafsu makan, masalah eliminasi dan peny lain.
      b) Riwayat penyakit
         Riwayat operasi dan pengobatan, kebiasaan anak (bicara, emosi, riwayat perkembangan dan pendidikan. Usia anak setiap tahap perkembangan; kapan mulai jalan, berbicara, toileting. Informasi prenatal dan perinatal perlu dikaji
      c) Riwayat perkembangan personal dan social
         Ketidakmatangan perilaku sosialnya seperti bermain dengan anak lebih kecil. Berperilaku acting out atau menarik diri, harga diri rendah, mudah frustasi dan menangis.
      d) Perkembangan kognitif
         Bermasalah dengan belajar, tidak mampu mentransfer yang dipelajari ke situasi yang lain. Tidak dapat berpikir secara abstrak seperti kematian, surga, dan

Tuhan. Daya konsentrasi terbatas dan bermasalah dalam mengerti hal baru. Tidak dapat membandingkan objek besar dan kecil tanpa melihat langsung.

e) Ketrampilan berbahasa
Ketrampilan penggunaan bahasa yg minim. Tidak mampu mengingat instruksi verbal secara berurutan.

f) Perkembangan motorik dan sensorik
Motorik mungkin terbatas dan mudah jatuh. Tidak mau kegiatan baru, tetap mengulang kegiatan yang sama berulangkali. Sering duduk menyendiri.

g) Lingkungan tempat tinggal dan belajar
Perlengkapan lingkungan seperti tempat tidur, kursi, toilet, lemari (apakah terlindungi dari kecelakaan). Perlengkapan bermain dan tempat bermain yg leluasa.

2). Perencanaan

Tujuan kep yg utama pada anak tunagrahita adl Pencegahan peny dan pengembalian fungsi seoptimal mungkin.

Rencana harus didasarkan pada:

1) Latar belakang informasi →Info berdasarkan pengkajian kep, riwayat kesehatan dan keluarga dan catatan medik.
2) Kebutuhan anak → kemampuan berbahasa, area sensori, perkembangan perilaku dan social dan kemampuan intelektual dan keterbatasan fisik.
3) Tujuan anak-keperawatan → Direncanakan bersama ortu, tenaga kesh lain, guru dan anak.
4) Perencanaan berkisar pada ketrampilan motorik, menolong diri sendiri, berbahasa dan komunikasi, kognitif, dan ketrampilan social.
5) Rujukan keperawatan pada lintas program dan lintas sektoral.

3). Implementasi

a) Anak tunagrahita memerlukan lingkungan terstruktur untuk belajar dan berperilaku lebih baik.
b) Anak perlu dipisahkan dari lingkungan terlalu banyak stimulasi dan gangguan
c) Ruang sekolah, rumah atau tempat lain dimana anak merasa memiliki
d) Peka terhadap ketulusan yg menginginkan keberhasil mereka dan berespon terhadap sentuhan, kontak mata dan pujian.
e) Instruksi sederhana, bertahap dan berulang-ulang
f) Pujian dan pelukan sangat diperlukan untuk meningkatkan harga diri dan bersunguh-sungguh.
g) Peran perawat membantu anggota keluarga menjalani proses berduka, dapat menerima dan beradaptasi dengan keadaan.
h) Proses berduka keluarga seperti ambivalens, denial, rasa bersalah, malu, rasa kasihan terhadap diri sendiri, depresi dan keinginan agar anaknya meninggal.
i) Orangtua memerlukan dukungan, perhatian yg jujur sehingga perawat harus peka terhadap kebutuhan emosional orangtua dan dukungan yang tepat.

BAB 15

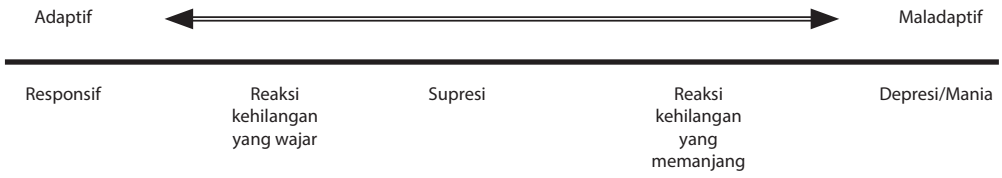
Asuhan Keperawatan pada Perubahan Alam Perasaan

A. Pengertian

Alam perasaan adalah suasana hati atau keadaan emosional yang berkepanjangan yang mempengaruhi seluruh kepribadian dan fungsi kehidupan seseorang. Alam perasaan dapat digunakan dan dilihat dari komunikasi social, menggerakkan fisik, kesadaran diri dan pertahanan psikodinamik. Alam perasaan ada pada setiap individu dan sifatnya berfluktuasi. Alam perasaan yang dominant pada individu memberi gambaran tentang kepribadian individu.

B. Rentang Respon Emosi

Rentang respon emosi tiap-tiap individu berfluktuasi dari respon adaptif sampai maladaptive.



(Rentang respon emosi, Stuart Sundeen, 1995; 256)

1) Responsif
   Adalah keadaan individu yang terbuka dan sadar akan perasaannya sendiri dan dapat berpartisipasi dalam dunia internal dan eksternal seseorang.
2) Reaksi kehilangan yang wajar
   Adalah reaksi yang dialami individu jika merasa kehilangan, misalnya sedih, menangis, berhenti dari kegiatan sehari-hari dan berfokus dari diri sendiri dan tidak berlangsung lama.
3) Supresi Emosi
   Suatu keadaanindividu yang menyangkal (denial) terhadap perasaannya sendiri dan menekan atau menginternalisasi semua aspek perasaan terhadap lingkungan kealam bawah sadar.
4) Reaksi kehilangan yang memanjang
   Supresi yang memanjang akan menganggu fungsi individu secara efektif, misalnya kesedihan yang berlebihan, rendah diri, tidak mampu mengekspresikan perasaan dan bermusuhan.
5) Depresi/mania
   Respon emosi yang maladaptive berat dan dimanifestasikan dengan gangguan fungsi social dan fisik yang hebat, lama dan menetap pada individu yang bersangkutan.

C. Faktor yang Mempengaruhi Alam Perasaan

Faktor-faktor spesifik yang mempengaruhi gangguan alam perasaan diantaranya:

1. Biologis
   - Genetik → Transmisi gen
   - Biochemical → Adanya zat-zat dalam tubuh yang mempengaruhi SSP seperti disregulasi neurotransmitter, asetilkolin, dopamine dan disfungsi neuroendokrin serta abnormal metabolisme golongan amin.
2. Psikoanalitik
   Kehilangan suatu objek dan introyeksi ambivalensi suatu objek.
3. Psikososial
   Adanya stressor yang besar dalam kehidupan, distorsi fungsi kognitif ditandai dengan penilaian negative tentang diri, lingkungan dan pengalaman dalam hidup.

D. Depresi

Adalah gangguan alam perasaan yang ditandai dengan kesedihan yang berlebih, harga diri yang rendah, putus asa, rasa bersalah dan perasaan kosong. Depresi ditandai juga dengan berfokus pada kegagalan dan menuduh diri, disertai ide bunuh diri dan penurunan minat pada pemeliharaan diri aktifitas hidup sehari-hari.

Gejala-gejala depresi dibagi dalam 3 tingkatan:

1) Depresi Ringan
   Bersifat sementara, alamiah terhadap reaksi kehilangan, adanya rasa sedih, perubahan proses pikir, komunikasi, social dan tidak nyaman.
2) Depresi Sedang
   1) Pada afek terlihat murung, cemas, marah dan menangis.
   2) Proses berfikir: Perhatian sempit, berpikir lambat, ragu, putus asa, pesimis.
   3) Sensasi somatic dan motorik: Bicara dan gerak lambat, tugas terasa berat, mengeluh sakit kepala dan dada.
   4) Komunikasi: Bicara lambat
   5) Partisipasi social: Menarik diri dan mudah tersinggung.
3) Depresi Berat
   Dua episode yang berlawanan yaitu melankolia (rasa sedih/depresi berat) dan mania (Rasa gembira berlebihan disertai dengan gerakan hiperaktif).
   1) Afek emosi:
      Pandangan mata kosong, hampa, murug, putus asa, inisiatif kurang/tidak ada.
   2) Proses berfikir:
      Adanya halusinasi, waham, konsentrasi menurun, pikiran merusak diri.
   3) Sensasi somatic dan motorik:
      Diam dalam waktu lama, tiba-tiba hiperaktif, tidak merawat diri, tidak mau makan, berat badan menurun, tugas ringan terasa berat.
   4) Pola komunikasi dan social:
      Penurunan komunikasi verbal, dan menarik diri.

E. Mania

Adalah gangguan alam perasaan yang ditandai oleh perasaan hati yang meningkat, iritabel, tidak mengenal lelah, hiperaktif dan perilaku tidak terkontrol.

Gejala-gejala mania:

1) Gangguan afek emosi
   Eforia, suka humor, meningkatnya harga diri, tidak mau dikritik, berkurangnya rasa malu dan bersalah.
2) Gangguan Proses berpikir
   Ambisius, pikiran mudah terpecah, flight of idea, waham kebesaran.
3) Gangguan Fisik
   Dehidrasi, kekurangan nutrisi, sukar tidur dan berat badan menurun.
4) Perubahan tingkah laku
   Agresif, hiperaktif, meningkatnya aktifitas motorik, mudah tersinggung, suka berdebat, dan mudah jengkel.

F. Proses Keperawatan

1. Faktor Predisposisi

a) Faktor genetic
   Transmisi gangguan alam perasaan diteruskan melalui garis keturunan. Frekuensi gangguan alam perasaan meningkat pada kembar monozigote daripada dizigote.
b) Teori agresi berbalik pada diri sendiri
   Depresi akibat perasaan marah yang dialihkan pada diri sendiri. Freud mengatakan bahwa kehilangan objek dan ambivalensi antara benci dan cinta dapat berbalik menjadi perasaan yang menyalahkan diri sendiri.
c) Teori kehilangan objek
   Teori ini merujuk pada perpisahan traumatic individu dengan benda atau orang yang disayangi. Pada masa perkembangan kehilangan orangtua atau berpisah dengan orang yang disayangi.
d) Teori kepribadian
   Kepribadian yang negative seperti perubahan konsep diri dan harga diri rendah mempengaruhi system keyakinan seseorang terhadap stressor.
e) Model kognitif
   Depresi merupakan masalah kognitif yang didominasi oleh evaluasi negative seseorang terhadap diri dan masa depan. Depresi dimulai kehilangan kendali diri, lalu menjadi pasif dan tidak mampu menghadapi masalah.
f) Model ketidakberdayaan
   Depresi disebabkan keyakinan seseorang yang tidak mempunyai kendali terhadap hal penting dalam kehidupannya sehingga tidak berdaya mengembangkan respon yang adatif.
g) Model perilaku
   Berkembang dari teori belajar social yang mengasumsikan penyebab depresi akibat kurangnya reinforcemen positif (pujian) selama berinteraksi dengan lingkungan.
h) Model biologic
   Depresi akibat perubahan kimia dalam tubuh seperti defisiensi katekolamin, disfungsi endokrin, hipersekresi kortisol dan variasi periodic dalam irama biologis.

Faktor-faktor resiko depresi sebagai berikut (Stuart and Sundeen, 1995; 262):

a) Episode depresi sebelumnya
b) Riwayat keluarga ada yang depresi
c) Percobaan bunuh diri sebelumnya
d) Jenis kelamin wanita
e) Usia awitan depresi < 40 tahun
f) Masa post partum
g) Kurang dukungan social

h) Peristiwa kehidupan yang penuh stress
i) Riwayat personal tentang penganiayaan sexual
j) Penyalahgunaan zat.

2. Faktor Precipitasi

Ada tiga sumber utama stressor yang dapat mencetuskan terjadinya gangguan alam perasaan:

1) Faktor biologis
   Perubahan fisiologis yang diakibatkan obat-obatan, penyakit fisik seperti infeksi, neoplasma, dan gangguan keseimbangan metabolic. Obat-obatan seperti antihipertensi dan penyalahgunaan zat. Penyakit kronik dan pada usia lanjut juga sering dijumpai adanya depresi.
2) Faktor psikologis
   Kehilangan keterikatan yang nyata maupun yang dibayangkan, termasuk kehilangan cinta, sesseorang dan fungsi fisik, kedudukan atau harga diri. Karena elemen actual dan simbolik melibatkan konsep kehilangan, maka persepsi klien meruapakan hal yang sangat penting.
3) Faktor sosiobudaya
   Adanya peristiwa besar dalam kehidupan, kehilangan peran, ketegangan peran, perceraian dan kehilangan pekerjaan.

3. Gejala Perilaku Depresi/Mania

1) Perilaku yang berhubungan dengan Depresi
   a) Afektif → Sedih, cemas, apatis, murung
      Kebencian, kekesalan, kemarahan
      Perasaan ditolak, perasaan bersalah
      Merasa tidak berdaya, putus asa
      Merasa sendirian
      Merasa rendah diri
      Merasa tidak berharga
   b) Kognitif → Ambivalensi, bingung, ragu-ragu
      Tidak mampu konsentrasi
      Hilang perhatian dan motivasi
      Menyalahkan diri sendiri
      Pikiran merusak diri
      Pesimistis
   c) Fisik → Sakit perut, anoreksia, mual, muntah
      Gangguan pencernaan, obstipasi
      Lemah, lesu

Nyeri kepala, nyeri dada
Insomnia
Gangguan menstruasi, impotensi

d) Perilaku → Kemunduran psikomotor
Menarik diri, isolasi social
Iritabel (Mudah marah, menangis dan tersinggung)
Berkesan menyedihkan
Gangguan kebersihan diri dan lingkungan.

2) Perilaku yang berhubungan dengan Mania

a) Afektif → Euphoria
Harga diri meningkat
Tidak tahan kritik

b) Kognitif → Ambisi
Mudah terpengaruh
Mudah beralih perhatian
Waham kebesaran
Gangguan penilaian
Flight of idea

c) Fisik → Dehidrasi
Nutrisi yang tidak adekuat
Berat badan menurun

d) Perilaku → Agresif
Hiperaktif
Aktifitas motorik meningkat
Kurang bertanggungjawab
Iritabel
Perawatan diri kurang
Bicara bertele-tele
Tingkah laku sexual berlebih.

4. Sumber Koping

Sumber-sumber koping yang bisa digunakan seperti sosialekonomi, keluarga, hubungan interpersonal, lingkungan social dll.

5. Mekanisme Koping

Mekanisme koping yang sering digunakan pada reaksi kehilangan yang memanjang adalah denial dan supresi, untuk menghindari tekanan yang hebat. Pada depresi mekanisme koping yang digunakan seperti represi, supresi, denial dan disosiasi.

6. Masalah Keperawatan

Masalah keperawatan yang sering muncul pada gangguan alam perasaan adalah:

a) Berduka disfungsional
b) Ketidakberdayaan
c) Peningkatan mobilitas fisik
d) Gangguan pola tidur
e) Resiko terhadap cidera
f) Perubahan nutrisi
g) Defisit perawatan diri
h) Ansietas

7. Tujuan Keperawatan

1) Tujuan Jangka Pendek
   - Klien terlindung dari kecelakaan
   - Klien dapat memenuhi kebutuhan nutrisi dan kebutuhan sehari-hari
2) Tujuan Jangka Panjang
   - Klien dapat mengekspresikan perasaannya
   - Klien dapat menganalisa stressor dan kekuatan
   - Klien dapat meningkatkan control, tujuan dan kesadaran
   - Klien dapat membina hubungan interpersonal yang sehat
   - Klien dapat meningkatkan pengertian tentang respon maladaptive dan mengembangkan respon yang adaptif.

8. Perencanaan

Prinsip tindakan keperawatan difokuskan pada:

a. Lingkungan
b. Hubungan perawat dan klien
c. Afektif
d. Kognitif
e. Perilaku
f. Sosial
g. Fisiologis

1) Lingkungan
   Prioritas utama merawat klien depresi dan mania adalah mencegah terjadinya kecelakaan. Klien mania harus ditempatkan dilingkungan yang aman yaitu dilantai dasar, perabotan yang dasar, kurangi rangsangan dan ciptakan suasana tenang. Sedangkan merawat klien depresi lebih ditujukan pada resiko menciderai diri.

2) Hubungan perawat dan klien

Hubungan saling percaya yang terapeutik perlu dibina dan dipertahankan. Menghadapi klien dengan depresi, perawat bersikap hangat, menerima, diam aktif , empati dan jujur serta beri waktu klien berfikir dan menjawab. Menghadapi klien mania, perawat harus membuat batasan yang konstruktif untuk mengontrol perilaku klien. Kontrol dari lingkungan yang konsisten akan mempercepat kesadaran klien untuk mengontrol perilaku.

3) Afektif

Kesadaran dan control diri perawat merupakan syarat utama. Merawat klien depresi, perawat harus mempunyai harapan bahwa klien akan lebih baik. Sikap perawat yang menerima klien, hangat, sederhana akan mengekspresikan pengharapan pada klien. Prinsip intervensi afektif adalah menerima dan menenangkan klien bukan menggembirakan atau mengatakan bahwa klien tidak perlu khawatir. Klien didorong untuk mengekspresikan pengalaman yang menyakitkan dan menyedihkan secara verbal.

4) Kognitif

Intervensi kognitif bertujuan untuk meningkatkan control diri klien pada tujuan dan perilaku, meningkatkan harga diri dan membantu klien memodifikasi harapan yang negative. Cara mengubah pikiran yang negative:

1. Identifikasi semua ide, pikiran yang negative
2. Identifikasi aspek positif yang dimiliki klien (Kemampuan, keberhasilan).
3. Dorong klien menilai kembali persepsi, logika dan rasional
4. Bantu klien mengubah persepsi yang salah/negative ke persepsi positif, dari yang tidak realities ke realities.
5. Sertakan klien pada aktifitas yang memperlihatkan hasil. Beri penguatan dan pujian akan keberhasilan.

5) Perilaku

Intervensi perilaku bertujuan untuk mengaktifkan klien pada tujuan yang realistic, yaitu dengan memberi tanggungjawab secara bertahap dalam kegiatan di ruangan. Klien dengan depresi berat disertai penurunan motivasi perlu dibuat kegiatan yang terstruktur. Beri penguatan pada kegiatan yang berhasil.

6) Sosial

Tujuan intervensi social adalah meningkatkan hubungan social dengan cara:

1. Kaji kemampuan, dukungan dan minat klien
2. Observasi dan kaji sumber dukungan yang ada pada klien
3. Bimbing klien melakukan hubungan interpersonal dengan role model atau role play.
4. Beri umpan balik dan penguatan hubungan interpersonal yang positif
5. Dorong klien untuk memulai hubungan social yang lebih luas (dengan perawat dan klien lain).

7) Fisiologis

Intervensi fisiologis untuk meningkatkan system kesehatan klien. Kebutuhan dasar seperti makan, istirahat, kebersihan dan penampilan diri perlu mendapat perhatian perawat.

9. Evaluasi

Pertanyaan untuk mengevaluasi perkembangan klien gangguan alam perasaan:

a. Apakah semua sumber pencetus dan persepsi klien dapat digali
b. Apakah masalah klien mengenai konsep diri, rasa marah dan hubungan interpersonal dapat digali.
c. Apakah perubahan pola tingkah laku klien dan respon tersebut tampak.
d. Apakah riwayat individu klien dan keluarganya sebelum fase depresi/mania dapat dievaluasi sebelumnya.
e. Apakah kemungkinan dilakukan tindakan untuk pencegahan kemungkinan bunuh diri.
f. Apakah tindakan keperawatan telah mencakup semua aspek dunia klien
g. Apakah reaksi perubahan klien dapat diidentifikasi dengan baik
h. Apakah perawat mampu mawas diri terhadap perasaan pribadi, konflik dan mampu untuk menghadapi benturan emosi yang timbul dalam hubungan dengan klien.
i. Apakah pengalaman klien akan meningkatkan kepuasan dan kesenangan klien terhadap dunia pribadinya.

BAB 16

Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Mental Organik (GMO)

A. Pengertian

Gangguan Mentak Organik adalah gangguan mental yang ditandai dengan terdapatnya pola perilaku atau psikologi yang tidak wajar berkaitan dengan disfungsi sementara atau menetap pada otak.

Dibedakan menjadi:

1. Syndroma Mental Organik (SMO)
   Adanya tanda dan gejala perubahan perilaku dan psikologi dengan etiologi yang tidak diketahui dan tidak jelas.
2. Gangguan Mental Organik (GMO)
   Adanya perubahan perilaku dan psikologi dengan etiologi yang telah diketahui.

B. Etiologi

1) Perubahan Neurofisiologi
2) Perubahan Neurochemical
3) Perubahan Struktur Otak:
   a) Kelainan Primer otak
      1. Tumor otak
      2. CVA
      3. Kekurangan oksigen diotak

b) Kelainan sekunder otak
   1. Gangguan metabolisme
   2. Penyakit/infeksi sistemik
   3. Obat/bahan toksik
   4. Sindroma putus zat

C. Manifestasi Klinis

1) Gangguan emosi (mood)
   Depresi, iritabilitas, emosi yang eksplosif, malu, harga diri rendah.
2) Perilaku antisocial dan asosial
   Agresif, menentang, menantang, menghindar, peningkatan sexual, mencuri, merampok dll.
3) Perubahan motivasi
   Menurunnya nafsu makan, perawatan diri dan aktifitas sehari-hari.
4) Gejala-gejala psikotik
   Waham, halusinasi, inkoherensi, miskin isi pikir, perilaku aneh, katatonik, paranoid.
5) Perubahan fungsi kognitif
   Kesulitan belajar, ketidakmampuan konsentrasi.
6) Kecemasan irasional dan berbagai keluhan fisik

D. Macam-Macam Gangguan Mental Organik

1. Demensia senilis dan prasenilis
   1) Demensia degeneratif primer senildan prasenil
   2) Demensia multiinfark (arterosklerosis)
2. Gangguan mental organic karena bahan kimia

E. Macam-Macam Sindroma Mental Organik

1. Delirium dan Dementia
   (Hendaya fungsi kognitif secara menyeluruh)
2. Sindroma Amnestik dan halusinasi organic
   (Hendaya fungsi kognitif secara selektif)
   a) Sindroma Amnestik Organik
      Proses patologis yang merusak secara bilateral struktur di ensefalon dan medial temporal.
      → Cidera kepala, tindakan bedah, infark, enchefalitis.

Kriteria:
- Gejala klinik utama hendaya daya ingat
- Tidak terdapat kesadaran berkabut

b) Sindroma Waham Organik
→ Zat golongan amphetamin, kanabis, epilepsy, kerusakan otak

c) Sindroma Halusinasi Organik
→ Bahan halusinogen, alcohol jangka panjang, penyakit dengan focus kejang.

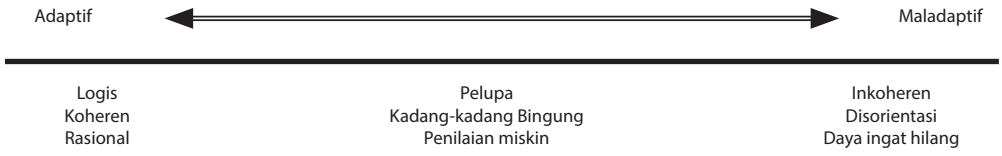
3. Sindroma Delusi organic dan sindroma Afektif Organik
→ Faktor toksik dan metabolic
Kriteria:
- Gangguan episode manik dan depresi
- Tidak ada tanda-tanda delirium, demensia, waham dan halusinasi
- Terdapat faktor organik.

4. Sindroma Anxietas Organik
5. Intoksikasi dan Sindroma putus obat

F. Rentang Respon Kognitif

Kognitif adalah kemampuan berpikir dan memberi rasional, termasuk proses mengingat, menilai, orientai, persepsi dan memperhatikan .

Rentang respon kognitif dibawah ini menggambarkan fungsi kognitif yang terjadi sepanjang rentang sehat sakit:



G. Proses Keperawatan

1. Pengkajian

a) Faktor Predisposisi:
Adanya gangguan fungsi otak/SSP → Terganggunya pengiriman nutrisi oleh karena:
- Penyakit/infeksi sistemik
- Gangguan peredaran darah
- Keracunan zat
- Malnutrisi
- Kurang vitamin
- Gangguan Jiwa fungsional

b) Faktor Presipitasi:
   - Hipoksia; anemia hipoksia, iskhemik hipoksia
   - Gangguan metabolisme; hipotiroid, hipoglikemi
   - Kuman (racun, virus, bakteri) yang menyerang otak
   - Perubahan struktur otak oleh karena tumor, trauma dsb.
   - Stimulus yang berlebihan/kurang.

c) Perubahan yang ada:
   1. Gangguan emosi (mood)
      Ansietas, ketakutan kehilangan kontrol, irritability, ketidakberdayaan, rasa malu, penurunan harga diri, depresi.
   2. Perubahan perilaku
      Agresif, peningkatan sexual, mencuri.
   3. Perubahan motivasi
      Penurunan minat makan, kebersihan diri dan berhubungan social.
   4. Perubahan fungsi kognitif
   5. Gejala psikotik
      Paranoid, waham dll.

2. Diagnosa Keperawatan

a) Gangguan komunikasi verbal
b) Koping yang tidak efektif
c) Defisit perawatan mandiri
d) Penurunan interaksi social
e) Perubahan proses berpikir
f) Resiko nutrisi kurang dari kebutuhan
g) Resiko trauma

Kemungkinan penyebab:

a) Disorientasi
b) Penurunan konsentrasi
c) Bingung terhadap situasi
d) Kehilangan fungsi ingatan
e) Ketidakmampuan memproses informasi sekunder terhadap perubahan struktur otak.
f) Keadaan depresi
g) Ketakutan/kecemasan
h) Perubahan proses berpikir
i) Penurunan daya pikir dan ingatan
j) Emosi yang labil

3. Perencanaan

1) Tujuan Jangka Pendek
   a) Mendukung fungsi kognitif yang optimal
   b) Memelihara perawatan diri
   c) Memenuhi kebutuhan tidur
   d) Memelihara status nutrisi
   e) Meningkatkan orientasi
   f) Mendukung pola eliminasi yang tepat
2) Prinsip Intervensi
   1. Memelihara dan menjaga kesehatan dengan memperhatikan:
      a) Nutrisi dan status cairan
      b) Fungsi bowel dan bladder
      c) Tidur
      d) Pemeliharaan kebersihan diri
      e) Integritas jaringan kulit
      f) Mobilitas dan exercise
   2. Menjaga keamanan lingkungan
   3. Memberi jadwal rutin dan struktur lingkungan
   4. Meningkatkan orientasi
   5. Meningkatkan kognitif dan rangsangan sensoris
   6. Meningkatkan sosialisasi
      Lingkungan memegang peranan besar dalam keberhasilan dalamperawatan individual.
   7. Meningkatkan fungsi ingatan (memori) terhadap hal-hal yang baru terjadi
   8. Menggunakan humor yang bijaksana
   9. Pengobatan jika diperlukan
      Pengobatan untuk mengatasi gejala-gejala yang ada pada gangguan, stress, pencegahan terhadap komplikasi fisik, mental dan emosi.
   10. Suport dan dukungan keluarga
      Terapi dan dukungan keluarga adalah bagian yang penting dalam perawatan klien.

H. Sindroma Otak Organik karena Epilepsi

Epilepsi adalah: perubahan kesadaran yang mendadak, dalam waktu yang terbatas dan juga terjadi berulang-ulang, dengan atau tanpa pergerakan yang involunter dan sebabnya bukan karena kelainan seperti gangguan peredaran darah, kadar glukosa darah yang rendah, gangguan emosi, pemakaian obat tidur atau keracunan.

Jenis-jenis epilepsi dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

a) Serangan sentrensefalik: gran mal dengan auranya, fase tonik lalu fase klonik, sesudahnya mungkin terjadi kebingungan post konvulsi, kadang-kadang timbul status epileptikus; petit mal: sering menyerang pada anak-anak, terdapat triad gejala: "absense" atau kehilangan kesadaran selama beberapa detik, beberapa tarikan otot, dan serangan atonik.
b) Serangan vegetatif: gejala-gejala susunan saraf vegetatif (umpamanya muntah, sakit kepala)
c) Serangan fokal: fokus sekitar sulkus sentralis sehingga mungkin terjadi serangan motorik dan sensorik.
d) Serangan psikik: macam-macam gejala metal timbul dalam bentuk serangan berulang-ulang, umpamanya perubahan persepsi: barang-barang kelihatan kecil atau besar atau jauh; perubahan tahu diri: depersonalisasi, de javu, jamais vu; perubahan pikiran: mendadak suatu kata, kalimat atau ide mendesak ke alam sadar dan mengisi seluruhnya; perubahan afek: serangan cemas sampai panik, depresif, putus asa atau lebih jarang senang, gembira; pengalaman halusinasi yang kompleks: sering mendengar, kadang-kadang pembauan, penderita sadar akan ini dan tahu bahwa hal ini asing baginya; otomatisme yang komplek: perilaku atau perbuatan yang kompleks dapat dilakukan, tetapi tidak cocok dengan keadaan dan pada umumnya merupakan stereotipi.

I. Sindroma Otak Organik karena Delirium dan Dementia

1. Delirium

Adalah fungsi kognitif yang kacau ditandai dengan kesadaran berkabut yang dimanifestasikan oleh lama konsentrasi yang rendah, persepsi yang salah dan gangguan pikir yang meliputi gangguan konsentrasi, daya ingat, orientasi dan persepsi.

Kriteria diagnosis delirium menurut American Psyciatric assosiation:

1. Menurun kemampuan konsentrasi terhadap stimulus (missal pertanyaan harus diulang).
2. Proses pikir yang tidak tertata, missal tidak relevan atau inkoheren
3. Minimal 2 dari berikut:
   a. Menurun tingkat kesadaran
   b. Gangguan persepsi, ilusi dan halusinasi
   c. Gangguan tidur, tidur berjalan dan insomnia atau mengantuk disiang hari
   d. Meningkat atau menurun aktivitas psikomotor
   e. Disorientasi; tempat, waktu dan orang
   f. Gangguan daya ingat; tidak dapat mengingat hal baru.
4. Keadaan klinik berkembang cepat (jam s/d beberapa hari) dan cenderung berfluktuasi.

Antara berikut ini:

a. Melalui perjalan penyakit, pemeriksaan fisik, tes laboratorium, ditemaukan factor organic yang spesifik sebagai penyebab gangguan.
b. Jika hal diatas tidak ditemukan , penyebab factor organic dapat diperkirakan jika tidak ada keterangan tentang gangguan mental nonorganik.
   Etiologi Delirium:
   - Racun
   - Obat/zat
   - Alkohol
   - Infeksi
   - Trauma.

2. Demensia

Gangguan Kognitif ditandai oleh hilangnya fungsi intelektual yang berat, disorientasi, daya ingat terganggu, gangguan penilaian dan afek yang labil. Perjalanan penyakit progrsif yang dimulai dengan disorientasi waktu, kemudian tempat dan orang. Daya ingat hilang terutama pengalaman yang baru, pengalaman yang lalu mungkin ingat dengan jelas. Disorientasi diakhiri dengan agitasi dan takut terutama pada malam hari.

Perbedaan karakteristik Delirium dan Demensia sebagai berikut:

	Delirium	Demensia
Onset	Biasanya tiba-tiba	Biasanya berlahan-lahan
Lama	Biasanya singkat (Bulan), berubah pada tingkat fungsi sebelumnya	Biasanya lama dan progresif
Umur	Semua umur	Terbanyak 65 tahun
Stressor	Racun, infeksi, trauma	Hipertensi, hipotensi, Anemia, Def. Vit., Tumor atropi otak
Perilaku	Fluktuasi kesadaran, disorientasi, gelisah agitasi, ilusi, halusinasi, pikiran tidak teratur, gangguan penilaian dan pengambilan keputusan, afek labil	Daya ingat hilang, gangguan peninalian, jangka waktu perhatian, disorientasi, perilaku social tidak sesuai, afek labil, gelisah, agitasi menolak perubahan.

3. Mekanisme Koping

Cara klien mengatasi emosi dan masalah dengan:

- Regresi
- Denial
- Rasionalisasi
- Intelektualisasi

4. Perencanaan

1) Intervensi Delirium

Intervensi pada delirium secara umum ditujukan untuk fisiologis, halusinasi, komunikasi dan pendidikan kesehatan

1. Fisiologis

   Prioritas utama menjaga keselamatan hidup. Untuk pemenuhan makan dan minum karena klien agitasi dan gelisah mungkin diperlukan pengikatan sebagai intervensi terakhir. Pemenuhan kebutuhan istirahat tidur mungkin perlu kolaborasi dokter pemberian obat tidur. Temani klien menjelang tidur, minum susu hangat, menggosok punggung dan berbicara lembu dapat menolong untuk jatuh tidur. Keluarga dapat memberi sokongan dan ketenangan.
2. Halusinasi

   Lindungi klien dan orang lain dari perilaku merusak. Ruangan harus aman dengan barang seminimal mungkin. Perawatan satu-satu dengan pengawasan ketat serta orientasi realita. Dukungan, rasa aman, orientasi realita yang konsisten diperlukan dari semua petugas dan keluarga.
3. Komunikasi

   Pada klien yang sulit memproses informasi, memerlukan pesan yang jelas, simple dan pemberian pilihanyang terbatas. Pilihan lebih baik ditujukan pada aktifitas rutin, misalnya "apakah bapak mau mandi sebelum makan" daripada "Jam berapa bapak mau mandi".
4. Pendidikan Kesehatan

   Pada waktu klien mulai bertanya tentang hal yang terjadi pada dirinya, petugas kesehatan perlu memberi penjelasan pada klien dan keluarga tentang masalah klien, stressor, pengobatan, rencana perawatan, usaha pencegahan dan khususnya rencana perawatan di rumah.

Contoh pedoman intervensi pada Delirium:

a. Pencahayaan yang teratur atau tetap
b. Orientasi setiap saat, termasuk nama dan tujuan orang yang masuk kamar klien.
c. Hindari penanganan yang kasar pada waktu melakukan prosedur
d. Kurangi pemaksaan makan
e. Tinggikan kepala atau setengah duduk, karena halusinasi meningkat jika klien tidur datar terlentang.
f. Sediakan alat-alat yang dikenal klien
g. Dorong kunjungan kunjungan keluarga dan teman sesuai dengan keadaan
h. Tetapkan perawat yang sama
i. Beri ketenangan dan kehangatan dalam kehadiran fisik
j. Pertahankan keteguhan dalam menangani agitasi dan bermusuhan
k. Dorong ekspresi verbal dan nonverbal

l. Beri aktifitas untuk mengisi waktu
m. Lindungi dari situasi yang memerlukan penilaian dan intelektual
n. Jadwalkan obat dan prosedur agar tidak menganggu waktu tidur.
o. Jadwalkan obat dan prosedur sebatas toleransi klien
p. Sediakan jam dan kalender
q. Beri kesempatan untuk mengontrol lingkungan sedapat mungkin.

2) Intervensi Demensia
   1. Orientasi
      Intervensi ditujukan untuk membantu klien berfungsi dilingkungannya. Pada kamar dan milik pribadi lain seperti tempat tidur, lemari, pakaian, foto keluarga ditulisi nama yang jelas, besar dan terbaca untuk membantu mengingat. Penerangan dimalam hari membantu orientasi pada waktu terbangun dan mencegah agitasi. Jam, kalender dan Koran untuk membantu orientasi klien.
   2. Komunikasi
      Hilangnya daya ingat sering membuat klien frustasi jika topik pembicaraan tidak dapat diingat. Berikut petunjuk komunikasi pada klien Dementia:
      - Verbal
        - Konstruksi bicara
          1. Kata yang pendek/singkat
          2. Kalimat simple
          3. Hanya kata benda
          4. Mulai percakapan dengan meyebutkan nama anda dan panggil nama klien.
        - Gaya bicara
          1. Lambat
          2. Ucapkan tiap kata dengan jelas
          3. Jika volume meningkat, turunkan nada
          4. Jika bertanya, tunggu respon
          5. Tanya satu pertanyaan tiap kali Tanya
          6. Ulang pertanyaan dengan kata yang sama
          7. Pakai humor jika mungkin.
      - Nonverbal
        - Umum
          1. Yakini bahwa gaya non verbal diyakini semua orang, bukan hanya pasien.
          2. Setiap komunikasi verbal disertai dengan nonverbal yang baik
        - Khusus
          1. Berdiri didepan klien
          2. Pertahankan kontak mata
          3. Bergerak dengan lambat

4. Jika klienberjalan disaat anda berbicara, jangan setop tetap bergerak didepan klien
5. Pakai penekanan dengan gerakan muka pada butir yang penting.

➢ Petunjuk Umum

1. Pendengar yang aktif, jika tidak jelas katakana dan minta diulang
2. Asumsi bahwa ada kemampuan insight
3. Pakai dan catat efektifitas dari semua teknik komunikasi
4. Pisahkan perkelahian dengan tegas dan cepat. Jelaskan pada masing-masing fakta dan bukan menyalahkan.

3. Penguatan Koping

Pemakaian koping diwaktu lalu lebih kuat dipakai pada keadaan gangguan kognitif. Perawat mencoba mencari sumber kecemasan dan coba mengurangi sehingga klien tidak terlalu defensif.

4. Kurangi Agitasi

Klien dapat menjadi agitasi jika didorong melakukan sesuatu yang tidak biasa dantidak jelas. Beri penjelasan dan jika mungkin beri pilihan. Jika klien menolak, pemaksaan akan menimbulkan marah dan agitasi. Penyaluran energi dengan perawatan mandiri, pemakaian kekuatan dan kemampuan dengantepat. Pada saat agitasi, senyuman dan sikap bersahabat sangat menolong.

5. Keluarga dan Masyarakat

Banyak klien demensia dipertahankan di masyarakat, untuk itu perlu disiapkan keluarga dan fasilitas dimasyarakat dalam merawat klien dirumah.

6. Prinsip Konservatif

➢ Konservasi Energi

Berhubungan dengan perilaku yang menggunakan energi. Contoh:

- Pertahankan nutrisi yan adekuat
- Catat pemasukan dan pengeluaran
- Observasi vital sign
- Bantu pergerakan
- Kaji gangguan gangguan fisiologis

➢ Konservasi Integritas Struktur

Perawat berfokus pada gangguan sensori dan persepsi yang membuat bahaya dengan perlindungan dari ancaman bahaya. Contoh:

- Kaji fungsi sensori dan persepsi
- Beri kacamata, alat Bantu dengar, tongkat jika diperlukan
- Observasi dan jauhkan alat-alat berbahaya
- Supervisi pemberian obat
- Lindungi dari bahaya terutama saat agitasi, perawatan satu-satu

➢ Konservasi Integritas Personal

Pemeliharaan harga diri dengan dorongan mandiri, hubungansaling percaya, orientasi realita, contohnya:

- Hubungan saling percaya
- Orientasi realita
- Dorong untuk mandiri
- Identifikasi minat, ketrampilan dan beri kesempatan untuk menggunakannya
- Beri pujian dengan jujur pada keberhasilan klien
- Pergunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengungkapkan pikiran dan perasaan.

➢ Konservasi Sosial

Fokus pada pemeliharaan hubungan social dan orang terdekat.

- Mulai kontak dengan keluarga dan teman dekat
- Dorong untuk berhubungan dengan orang lain dan kelompok
- Izinkan keluarga dan orang terdekat untuk ikut dalam perawatan
- Sertakan keluarga dan klien dalam rencana pulang.

5. Evaluasi

Hasil yang diharapkan dari klien gangguan kognitif harus realities tetapi tidak pesimis, missal klien tidak pernah ingat tanggal tapi dapat menunjukkan tempat tidurnya sendiri. Evaluasi ditujukan pada:

- Orientasi klien pada waktu, tempat dan orang
- Interaksi social
- Perawatan mandiri
- Status nutrisi
- Fungsi kognitif

6. Evaluasi Klien Delirium

Evaluasi sesuai dengan dasar pemikiran bahwa klien dapat kembali pada fungsi sebelumnya. Dalam proses, kliendapat memelihara tingkat optimal dari persepsi sensori, berperan dalam aktifitas sehari-hari dan memelihara keseimbangan fisiologis.

7. Evaluasi Klien Dementia

Dementia merupakan proses kemunduran dari intelektual, perilaku dan fisiologis. Tujuannya dengan menyokong dan membantu klien dalam perawatan mandiri seoptimal mungkin dan melibatkan keluarga.

BAB 17

Asuhan Keperawatan pada klien Skizofrenia

A. Psikosa

Psikosa secara sederhana didefinisikan sebagai suatu gangguan jiwa dengan kehilangan rada kenyataan atau sense of reality (Maramis, 1994). Pada klien psikosa dapat terjadi gangguan pada hidup perasaan (afek dan emosi), proses berpikir, psikomotorik dan kemamuan serta semua hal tersebut tidak sesuai dengan kenyataan. Sesuai dengan penyebab utama, maka psikosa dapat dibedakan menjadi dua yaitu psikosa organik dan non organik (Funsional).

Psikosa organik atau syndroma otak organik adalah gangguan jiwa yang psikotik yang disebabkan oleh gangguan otak atau gangguan fungsi otak. Gangguan fungsi otak dapat disebabkan oleh beberapa hal yaitu penyakit badaniah seperti meningo-enchepalitis, gangguan pembuluh darah otak, tumor otak, tifus, endometritis, payah jantung, toximea dan cidera kepala.

Banyak pasien sampai mengalami perubahan kepribadian setelah ruda paksa. Perubahan kepribadian ini ialah primer oleh kelainan histologis pada jaringan otak karena ruda paksa. Tetapi faktor psikologis mempunyai pengaruh dan tidak jarang kecenderungan-kecenderungan yang sebelum trauma masih dapat ditekan dan dikuasai, sesudahnya menjadi manifest. Beberapa pasien setelah mengalami ruda paksa pada kepala, jatuh pada gangguan jiwa termasuk skozofrenia.

B. Skizofrenia

1. Pengertian

Schizofrenia adalah suau bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses fikir serta disharmoni (keretakan, perpecahan) antara proses pikir, afek/emosi, kamauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi; asoisasi terbagi-bagi sehingga timbul inkoherensi, afek dan emosi perilaku bizar. Skizoprenia merupakan bentuk psikosa yang banyak dijumpai dimana-mana namun faktor penyebabnya belum dapat diidentifikasi secara jelas. Kraepelin menyebut gangguan ini sebagai demensia precox.

Skizofrenia yaitu jiwa yang terpecah-belah, adanya keretakan atau disharmoni antara proses berfikir, perasaan dan perbuatan (Eugen Bleuler, 1857-1938 dikutif dari Maramis, 1998 hal 217). Skizofrenia adalah suatu gangguan psikosis fungsional berupa gangguan mental berulang yang ditandai dengan gejala-gejala psikotik yang khas dan oleh kemunduran fungsi sosial, fungsi kerja, dan perawatan diri. Skizofrenia merupakan penyakit otak yang timbul akibat ketidakseimbangan pada dopamin, yaitu salah satu sel kimia dalam otak.

Skizofrenia adalah gangguan jiwa psikotik paling lazim dengan ciri hilangnya perasaan afektif atau respons emosional dan menarik diri dari hubungan antarpribadi normal. Sering kali diikuti dengan delusi (keyakinan yang salah) dan halusinasi (persepsi tanpa ada rangsang pancaindra). Pada penderita ditemukan penurunan kadar transtiretin atau pre-albumin yang merupakan pengusung hormon tiroksin, yang menyebabkan permasalahan pada fluida cerebrospinal. Skizofrenia bisa mengenai siapa saja.

Perilaku yang berhubungan dengan masalah-masalah proses informasi yang berkaitan dengan skizofrenia sering disebut sebagai defisit kognisi (Stuart & Sundeen 1998 hal 301). Perilaku ini termasuk semua aspek seperti ingatan, perhatian, bentuk dan jumlah ucapan (kelainan pikiran formal), pengambilan keputusan, dan delusi (bentuk dan isi pikiran). Kelainan proses, isi dan organisasi fikir, persepsi masukan, sensori, ketegangan dan afek emosi, identitas kemauan, perilaku psikomotor dan kemampuan untuk menetapkan hubungan interpersonal yang memuaskan merupakan sejumlah gejala (syndrome) yang muncul pada klien dengan skizoprenia Secara normal rentang respon biologis terhadap stimulus yang diterima oleh individu berada pada satu garis kesetimbangan mulai respon adaptif hingga maladaptif.

Rentang respon neurobiologis

Respon Adaptif		Respon Maladaptif
- Pikiran logis - Persepsi akurat - Emosi konsisten - Perilaku sesuai - Hub. Sosial.	- Pikiran kadang menyimpang/ilusi - Reaksi emosional berlebihan - Perilaku ganjil/tak lazim - Menarik diri	- Kelainan iran/delusi/halusinasi - Ket'mampuan/mengalami emosi - Ketidakteraturan - Isolasi sosial

2. Jenis-jenis Skizofrenia

1. Schizoprenia simplex: dengan gejala utama kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan
2. Schizoprenia hebefrenik, gejala utama gangguan proses fikir gangguan kemauan dan depersonalisasi. Banyak terdapat waham dan halusinasi
3. Schizoprenia katatonik, dengan gejala utama pada psikomotor seperti stupor maupun gaduh gelisah katatonik.
4. Schizoprenia paranoid, degnan gejala utama kecurigaan yang ekstrim diserttai waham kejar atau kebesaran
5. episoda schizoprenia akut (lir schizoprenia), adalah kondisi akut mendadak yang disertai dengan perubahan kesadaran, kesadaran mungkin berkabut.
6. Schizoprenia psiko-afektif, yaitu adanya gejala utama skizoprenia yang menonjol dengan disertai gejala depresi atau mania
7. Schizoprenia residual adalah schizoprenia dengnan gejala-gejala primernya dan muncul setelah beberapa kali serangan schizophrenia

Pada umumya, gangguan skizofrenia yang terjadi pada lansia adalah skizofrenia paranoid, simplek dan latent. Sulitnya dalam pelayanan keluarga, para lansia dengan gangguan kejiwaan tersebut menjadi kurang terurus karena perangainya dan tingkahlakunya yang tidak menyenangkan orang lain, seperti curiga berlebihan, galak, bersikap bermusuhan, dan kadang-kadang baik pria maupun wanita perilaku seksualnya sangat menonjol walaupun dalam bentuk perkataan yang konotasinya jorok dan porno (walaupun tidak selalu).

3. Tanda dan Gejala

Indikator premorbid (pra-sakit) pre-skizofrenia antara lain ketidakmampuan seseorang mengekspresikan emosi: wajah dingin, jarang tersenyum, acuh tak acuh. Penyimpangan komunikasi: pasien sulit melakukan pembicaraan terarah, kadang menyimpang (tanjential) atau berputar-putar (sirkumstantial). Gangguan atensi: penderita tidak mampu memfokuskan, mempertahankan, atau memindahkan atensi. Gangguan perilaku: menjadi pemalu, tertutup, menarik diri secara sosial, tidak bisa menikmati rasa senang, menantang tanpa alasan jelas, mengganggu dan tak disiplin.

Gejala-gejala yang muncul pada penderita skizofrenia adalah sebagai berikut:

a. Muncul delusi dan halusinasi. Delusi adalah keyakinan/pemikiran yang salah dan tidak sesuai kenyataan, namun tetap dipertahankan sekalipun dihadapkan pada cukup banyak bukti mengenai pemikirannya yang salah tersebut. Delusi yang biasanya muncul adalah bahwa penderita skizofrenia meyakini dirinya adalah Tuhan, dewa, nabi, atau orang besar dan penting. Sementara halusinasi adalah persepsi panca indera yang tidak sesuai dengan kenyataan. Misalnya penderita tampak berbicara sendiri tetapi ia mempersepsikan ada orang lain yang sedang ia ajak berbicara.

b. Kehilangan energi dan minat untuk menjalani aktivitas sehari-hari, bersenang-senang, maupun aktivitas seksual, berbicara hanya sedikit, gagal menjalin hubungan yang dekat dengan orang lain, tidak mampu memikirkan konsekuensi dari tindakannya, menampilkan ekspresi emosi yang datar, atau bahkan ekspresi emosi yang tidak sesuai konteks (misalkan tiba-tiba tertawa atau marah-marah tanpa sebab yang jelas).

Secara umum, gejala dibagi menjadi:

1. Gejala-gejala Positif. Termasuk halusinasi, delusi, gangguan pemikiran (kognitif). Gejala-gejala ini disebut positif karena merupakan manifestasi jelas yang dapat diamati oleh orang lain.
2. Gejala-gejala Negatif. Gejala-gejala yang dimaksud disebut negatif karena merupakan kehilangan dari ciri khas atau fungsi normal seseorang. Termasuk kurang atau tidak mampu menampakkan/mengekspresikan emosi pada wajah dan perilaku, kurangnya dorongan untuk beraktivitas, tidak dapat menikmati kegiatan-kegiatan yang disenangi dan kurangnya kemampuan bicara (alogia).
3. Meski bayi dan anak-anak kecil dapat menderita skizofrenia atau penyakit psikotik yang lainnya, keberadaan skizofrenia pada grup ini sangat sulit dibedakan dengan gangguan kejiwaan seperti autisme, sindrom Asperger atau ADHD atau gangguan perilaku dan gangguan Post Traumatic Stress Dissorder. Oleh sebab itu diagnosa penyakit psikotik atau skizofrenia pada anak-anak kecil harus dilakukan dengan sangat berhati-hati oleh psikiater atau psikolog yang bersangkutan.
4. Pada remaja perlu diperhatikan kepribadian pra-sakit yang merupakan faktor predisposisi skizofrenia, yaitu gangguan kepribadian paranoid atau kecurigaan berlebihan, menganggap semua orang sebagai musuh. Gangguan kepribadian skizoid yaitu emosi dingin, kurang mampu bersikap hangat dan ramah pada orang lain serta selalu menyendiri. Pada gangguan skizotipal orang memiliki perilaku atau tampilan diri aneh dan ganjil, afek sempit, percaya hal-hal aneh, pikiran magis yang berpengaruh pada perilakunya, persepsi pancaindra yang tidak biasa, pikiran obsesif tak terkendali, pikiran yang samar-samar, penuh kiasan, sangat rinci dan ruwet atau stereotipik yang termanifestasi dalam pembicaraan yang aneh dan inkoheren.

Tidak semua orang yang memiliki indikator premorbid pasti berkembang menjadi skizofrenia. Banyak faktor lain yang berperan untuk munculnya gejala skizofrenia, misalnya stresor lingkungan dan faktor genetik. Sebaliknya, mereka yang normal bisa saja menderita skizofrenia jika stresor psikososial terlalu berat sehingga tak mampu mengatasi. Beberapa jenis obat-obatan terlarang seperti ganja, halusinogen atau amfetamin (ekstasi) juga dapat menimbulkan gejala-gejala psikosis.

4. Faktor-faktor Predisposisi yang Menyebabkan Gangguan Neurobiologis (Stuart & Sundeen, 1998)

Faktor-faktor predisposisi yang menyebabkan gangguan neurobiologis (Stuart & Sundeen, 1998) antara lain:

a. Keturunan
   Telah dibuktikan dengan penelitian bahwa angka kesakitan bagi saudara tiri 0,9-1,8 %, bagi saudara kandung 7-15 %, bagi anak dengan salah satu orang tua yang menderita Skizofrenia 40-68 %, kembar 2 vtelur 2-15 % dan kembar satu telur 61-86 % (Maramis, 1998; 215).
b. Endokrin
   Teori ini dikemukakan berhubung dengan sering timbulnya Skizofrenia pada waktu pubertas, waktu kehamilan atau puerperium dan waktu klimakterium., tetapi teori ini tidak dapat dibuktikan.
c. Metabolisme
   Teori ini didasarkan karena penderita Skizofrenia tampak pucat, tidak sehat, ujung extremitas agak sianosis, nafsu makan berkurang dan berat badan menurun serta pada penderita denga stupor katatonik konsumsi zat asam menurun. Hipotesa ini masih dalam pembuktian dengan pemberian obat halusinogenik.
d. Susunan saraf pusat
   Penyebab Skizofrenia diarahkan pada kelainan SSP yaitu pada diensefalon atau kortek otak, tetapi kelainan patologis yang ditemukan mungkin disebabkan oleh perubahan postmortem atau merupakan artefak pada waktu membuat sediaan.
e. Teori Adolf Meyer:
   Skizofrenia tidak disebabkan oleh penyakit badaniah sebab hingga sekarang tidak dapat ditemukan kelainan patologis anatomis atau fisiologis yang khas pada SSP tetapi Meyer mengakui bahwa suatu suatu konstitusi yang inferior atau penyakit badaniah dapat mempengaruhi timbulnya Skizofrenia. Menurut Meyer Skizofrenia merupakan suatu reaksi yang salah, suatu maladaptasi, sehingga timbul disorganisasi kepribadian dan lama kelamaan orang tersebut menjauhkan diri dari kenyataan (otisme).
f. Teori Sigmund Freud
   Skizofrenia terdapat (1) kelemahan ego, yang dapat timbul karena penyebab psikogenik ataupun somatik (2) superego dikesampingkan sehingga tidak bertenaga lagi dan Id yang berkuasa serta terjadi suatu regresi ke fase narsisme dan (3) kehilangaan kapasitas untuk pemindahan (transference) sehingga terapi psiko analitik tidak mungkin.
g. Eugen Bleuler
   Penggunaan istilah Skizofrenia menonjolkan gejala utama penyakit ini yaitu jiwa yang terpecah belah, adanya keretakan atau disharmoni antara proses berfikir, perasaan dan perbuatan. Bleuler membagi gejala Skizofrenia menjadi 2 kelompok yaitu gejala primer (gaangguan proses pikiran, gangguan emosi, gangguan kemauan dan otisme) gejala

sekunder (waham, halusinasi dan gejala katatonik atau gangguan psikomotorik yang lain).

h. Teori lain

Skizofrenia sebagai suatu sindroma yang dapat disebabkan oleh bermacam-macaam sebab antara lain keturunan, pendidikan yang salah, maladaptasi, tekanan jiwa, penyakit badaniah seperti lues otak, arterosklerosis otak dan penyakit lain yang belum diketahui Seperti:

- Disfungsi keluarga, konflik dalam keluarga akan berpengaruh pada perkembangan anak sehingga sering mengalami gangguan dalam tugas perkembangan anak, gangguan ini akan muncul pada saat perjalanan hidup si anak dikemudian hari
- *Menurut teori Interpersonal* menyatakan bahwa orang yang mengalami psikosis akan menghasilkan suatu hubungan orang tua - anak yang penuh dengan ansietas tinggi. Anak akan menerima pesan-pesan yang membingungkan dan penuh konflik dari orang tua dan tidak mampu membentuk rasa percaya pada orang lain.
- *Berdasarkan teori psikodinamik* , mengatakan bahwa psikosis adalah hasil dari suatu ego yang lemah, perkembangan yang dihambat oleh suatu hubungan saling mempengaruhi antara orang tua - anak. Karena ego menjadi lemah, penggunaan mekanisme pertahanan ego pada waktu ansietas yang ekstrem.
- Sosiobudaya dan spiritual

Stress yang menumpuk dapat menunjang terhadap awitan skizofrenia dan gangguan psikotik lainnya tetapi tidak menjadi penyebab utama.

Faktor pemicu gejala respon neurobiologik (Stuart & Sundeen, 1998) antara lain:

Kesehatan	Lingkungan	Sikap/Perilaku
a) Gizi buruk b) Kurang tidur c) Irama sirkardian tidak seimbang d) Keletihan e) Infeksi f) Obat sistem saraf pusat g) Ganguan proses informasi h) Kurang olahraga i) Kelainan prilaku j) Alam perasaan abnormal k) Ansietas	a) Rasa bermusuhan/lingk. Penuh kritik b) Masalah perumahan c) Tekanan tehadap penampilan (kehilangan kemandirian dalam kehidupan) d) Perubahan dalam kejadian kehidupan, pola aktivitas hidup e) Stress (Kurang ketrampilan untuk dapat mempertahankan hidup) f) Kesukaran interpersonal g) Gangguan dalam hubungan interpersonal h) Kesepian (isolasi sosial, kurang dukungan sosial) i) Kehilangan isyarat lingkungan j) Tekanan pekerjaan k) Ketrampilan sosial yang kurang l) Kemiskinan m) Kurang tranportasi	a) Konsep diri rendah b) Keputusasaan/kurang percaya diri c) Kurang motivasi untuk mengunakan ketrampilan d) Kurang kendali/demoralisasi e) Perasaan dikuasai oleh gejala f) Tidak mampu memenuhi kebutuhan spiritual g) Tampak/bertindak berbeda dengan orang lain yang berusia atau berbudaya sama h) Ketrampilan sosial kurang i) Perilaku agresif j) Perilaku amuk k) Pengelolaan pengobatan yang kurang l) Pengelolaan gejala yang kurang

Dari respon neurobiologis yang maladaptif akan menimbulkan dampak pada semua fungsi mental individu. dampak tersebut meliputi:

1) Masalah-masalah fungsi kognitif
   (1) Ingatan
      - Kesulitan dalam mengakses dan menggunakan pikiran yang disimpan
      - Kerusakan ingatan jangka pendek dan jangka panjang
   (2) Perhatian
      - Ketidakmampuan untuk mempertahankan perhatian
      - Konsentrasi buruk
      - Mudah terganggu
   (3) Bentuk dan isi bicara
      - Asosiasi bebas
      - Tangensialitas/tak logis
      - Sirkumstansial
      - Bicara tertekan/mudah terganggu
   (4) Mengambil keputusan
      - Kegagalan untuk mengabstrakkan
      - Tidak dapat mengambil keputusan
      - Kurang penghayatan
      - Kerusakan penilaian
      - Pikiran tak logis
      - Kurang ketrampilan dalam perencanaan
      - Ketidakmampuan untuk melakukan tugas
   (5) Isi pikir
      - Delusi (- Paranoid, Kebesaran, Agama, Somatik, Nihilistik)
      - Delusi Bizar (Pikiran berpencaran, Sisip pikir, Kontrol pikir)
2) **Masalah yang berhubungan dengan persepsi:**
   (1) Halusinasi
   (2) Ilusi
   (3) Masalah integritas sensori
3) Masalah yang berhubungan dengan emosi
   (1) Emosi yang diekpresikan dengan berlebihan
   (2) Emosi yang tidak diekspresikan
   (3) Alekstimia; tak mampu memberi nama
   (4) Apati; kurang memiliki perasaan, emosi, kepedulian dan minat
   (5) Anhedonia; menurunnya kemampuan untuk mengalami kesenangan
4) Masalah yang berhubungan dengan gerakan dan perilaku abnormal:
   (1) Gerakan
      a. Katatonia
      b. Efek samping ektrapiramidal

c. Gerakan mata abnormal
d. Meringis
e. Apraksia (kesulitan melakukan kegiatan yang komplekas)
f. langkah yang tidak normal
g. Manerisme

(2) Perilaku:
a. Deteorisasi penampilan
b. Agresi/agitasi
c. Perilaku steriotipik atau berulang
d. Avolisi (kurang energi dan dan dorongan)
e. Kurang tekun dalam bekerja atau sekolah

5. Proses Keperawatan klien Skizofrenia

1) Pengkajian data
(1) Identitas klien
(2) Alasan masuk biasanya berprilaku aneh berupa marah-marah tanpa sebab, menyakiti diri sendiri atau orang lain serta merusak lingkungan.
(3) Fakto predisposisi
a) Riwayat kelahiran dan tumbuh kembang
b) Riwayat pendidikan
c) Riwayat pekerjaan
d) Penggunaan waktu luang
e) Hubungan antar manusia
f) Tindakan anti sosial
g) Penyakit yang pernah diderita
h) Riwayat gangguan jiwa di masalalu
i) Pengobatan sebelumnya
j) Kekerasan dalam keluarga
k) Trauma karena aniaya fisik, seksual, atau tindakan kriminal
(3) Apakah ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa
(4) Apakah ada pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan
(5) Bagaimanakah keadaan fisik klien secara umum serta keluhan fisik yang lain
(6) Bagaimanakah kondisi psikososial klien?
1. Genogram keluarga
2. Konsep diri klien
3. Hubungan sosial klien
4. Spritual klien
(8) Bagaimanakah status mental klien:
1. Penampilan

2. Pembicaraan
3. Aktivitasmotorik
4. Alamperasaan
5. Afek
6. Interaksi selama wawancara
7. Persepsiklien
8. Proses pikir
9. Isi pikir
10. Tingkat kesadaran
11. Memori
12. Tingkat konsentrasi dan berhitung
13. Kemampuan penilaian
14. Daya tilik diri

(9) Kemampuan klien memenuhi kebutuhan
(10) Kemampuan klien dalam kegiatan hidup sehari-hari
(11) Kebersihan diri klien
(12) Tidur klien bagaimana?
(14) Apakah klien memiliki system pendukung?
(15) Apakah klien menikmati saat bekerja, kegiatan yang menghasilkan atau hobi
(16) Mekanisme koping apakah adaptif atau tidak
(17) Apakah klien memiliki masalah psikososial atau lingkungan
(18) Bagaimanakah pengetahuan klien dan keluarga tentang penyakit jiwa

2) Rumusan masalah

Setelah dilakukan pengkajian kemudian dilakukan kegiatan perumusan masalah keperawatan. Berdasarkan teori pohon masalah yang ada maka dapat dirumuskan beberapa permasalahan antara lain:

1. Kekerasan resiko tinggi
2. Isolasi sosial
3. Syndrome deficit perawatan diri
4. Ketegangan pemberi pelayanan perawatan

3) Rencana keperawatan

Berdasarkan diagnose tersebut selanjutnya dirumuskan rencana keperawatan sebagai berikut

(1) Kekerasan resiko tinggi

Tujuan jangka panjang:

Klien tidak akan membahayakan diri sendiri atau orang lain selama di rumah sakit maupun dirumah

Tujuan jangka pendek:
Klien mempertahankan agitasi pada tingkat yang dapat dikendalikan sehingga tidak akan menjadi kekerasan pada waktu ini.

Intervensi
1) Jangan menngemukakan alasan, berdebat atau menentang waham. Upaya untuk tidak mempercayai delusi tidak ada gunanya.
2) Yakinkan pada orang itu bahwa dia berada dalam keadaan aman dan tidak berbahaya
3) Jangan tinggalkan klien itu sendiri, gunakan kejujuran dan keterbukaan setiap saat
4) Sarankan klien mengungkapkan perasaan ansietas, takut dan tidak amannya, tawarkan kepedulian dan perlindungan untuk mencegah cedera diri sendiri atau orang lain.
5) Tunjukkan penerimaan terhadap kebutuhannya untuk mempertahankan keyakinannya yang salah. Membicarakan delusi/waham ketika mengalaminya mengaburkan realitas. Akan lebih baik, jika membicarakan pengalaman yang memicu timbulnya waham
6) Pusatkan pada pasien sebagai manusia untuk mengendalikan gejala
7) Kaji tingkat ansietas klien
8) Kaji sensori yang menimbulkan keinginan melakukan kekerasan
9) Jangan memenerima atau mengkritik isi pikir klien yang salah
10) Pertahankan tingkat rangsang yang rendah pada lingkungan pasien
11) Singkirkan semua obyek yang berpotensi membahayakan

(2) Kerusakan interaksi sosial
Tujuan jangka panjang
Klien mengembangkan hubungan saling percaya

Tujuan jangka pendek
1. Klien dengan sukarela meluangkan waktu bersama dengan klien –klien lain dan staf dalam aktivitas kelompok di bangsal
2. Klien menahan diri dari menggunakan perilaku egosentris yang menyinggung orang lain dan tidak mendukung suatu hubungan pada saat pulang

Intervensi:
1) Luangkan waktu dengan klien meskipun hanya duduk
2) Kembangkan hubungan perawat klien yang terapeutik melalui kontak yang sering, singkat dan sikap menerima
3) Setelah klien merasa nyaman dalam hubungan satu-persatu ajak klien ikut kegiatan kelompok. Dampingi pada awal. Berikan klien mengambil keputusan untuk meninggalkan kegiatan kelompok

4) Secara verbal akui ketidakhadiran klien dalam kegiatan kelompok
5) Ajarkan teknik asertif

6. Terapi Penyakit Skizofrenia

1) Pemberian obat-obatan
   Obat neuroleptika selalu diberikan, kecuali obat-obat ini terkontraindikasi, karena 75% penderita skizofrenia memperoleh perbaikan dengan obat-obat neuroleptika. Kontraindikasi meliputi neuroleptika yang sangat antikolinergik seperti klorpromazin, molindone, dan thioridazine pada penderita dengan hipertrofi prostate atau glaucoma sudut tertutup. Antara sepertiga hingga separuh penderita skizofrenia dapat membaik dengan lithium. Namun, karena lithium belum terbukti lebih baik dari neuroleptika, penggunaannya disarankan sebatas obat penopang. Meskipun terapi elektrokonvulsif (ECT) lebih rendah dibanding dengan neuroleptika bila dipakai sendirian, penambahan terapi ini pada regimen neuroleptika menguntungkan beberapa penderita skizofrenia.
2) Pendekatan Psikologi
   Hal yang penting dilakukan adalah intervensi psikososial. Hal ini dilakukan dengan menurunkan stressor lingkungan atau mempertinggi kemampuan penderita untuk mengatasinya, dan adanya dukungan sosial. Intervensi psikososial diyakini berdampak baik pada angka relaps dan kualitas hidup penderita. Intervensi berpusat pada keluarga hendaknya tidak diupayakan untuk mendorong eksplorasi atau ekspresi perasaan-perasaan, atau mempertinggi kewaspadaan impuls-impuls atau motivasi bawah sadar. Tujuannya adalah:
   1. Pendidikan pasien dan keluarga tentang sifat-sifat gangguan skizofrenia.
   2. Mengurangi rasa bersalah penderita atas timbulnya penyakit ini. Bantu penderita memandang bahwa skizofrenia adalah gangguan otak.
   3. Mempertinggi toleransi keluarga akan perilaku disfungsional yang tidak berbahaya. Kecaman dari keluarga dapat berkaitan erat dengan relaps.
   4. Mengurangi keterlibatan orang tua dalam kehidupan emosional penderita. Keterlibatan yang berlebihan juga dapat meningkatkan resiko relaps.
   5. Mengidentifikasi perilaku problematik pada penderita dan anggota keluarga lainnya dan memperjelas pedoman bagi penderita dan keluarga.

Psikodinamik atau berorientasi insight belum terbukti memberikan keuntungan bagi individu skizofrenia. Cara ini malahan memperlambat kemajuan. Terapi individual menguntungkan bila dipusatkan pada penatalaksanaan stress atau mempertinggi kemampuan social spesifik, serta bila berlangsung dalam konteks hubungan terapeutik yang ditandai dengan empati, rasa hormat positif, dan ikhlas. Pemahaman yang empatis terhadap kebingungan penderita, ketakutan-ketakutannya, dan demoralisasinya amat penting dilakukan.

Skizofrenia adalah gangguan jiwa yang parah dan sulit ditangani. Penderita skizofrenia tidak dapat disembuhkan secara total, dalam arti halusinasi dan delusi tidak dapat hilang

total, karena tanpa pengobatan yang terus-menerus dan dukungan dari lingkungan, maka gejala-gejala skizofrenia dapat kembali muncul saat individu berada dalam tekanan atau mengalami stres. Intervensi sejak dini merupakan hal yang sangat penting dan bermanfaat dalam penanganan skizofrenia demi mencegah perkembangan gangguan ke arah yang semakin parah. Penanganan gangguan skizofrenia membutuhkan berbagai pendekatan selain dengan obat-obatan, tetapi juga dengan terapi-terapi baik terapi individu, kelompok (difokuskan pada keterampilan sosial, penyelesaian masalah, perubahan pemikiran, dan keterampilan persiapan memasuki dunia kerja), maupun keluarga.

Dalam terapi keluarga, diberikan informasi dan edukasi mengenai skizofrenia dan pengobatannya, selain itu terapi juga diarahkan untuk menghindarkan sikap saling menyalahkan dalam keluarga, meningkatkan komunikasi dan keterampilan pemecahan masalah dalam keluarga, mendorong penderita dan keluarga untuk mengembangkan kontak sosial, dan meningkatkan motivasi penderita skizofrenia dan keluarganya.

7. Prognosis Penyakit Skizofrenia

Fase residual sering mengikuti remisi gejala psikotik yang tampil penuh, terutama selama tahun-tahun awal gangguan ini. Gejala dan tanda selama fase ini mirip dengan gejala dan tanda pada fase prodromal; gejala-gejala psikotik ringan menetap pada sekitar separuh penderita. Penyembuhan total yang berlangsung sekurang-kurangnya tiga tahun terjadi pada 10% pasien, sedangkan perbaikan yang bermakna terjadi pada sekitar dua per tiga kasus. Banyak penderita skizofrenia mengalami eksaserbasi intermitten, terutama sebagai respon terhadap situasi lingkungan yang penuh stress. Pria biasanya mengalami perjalanan gangguan yang lebih berat dibanding wanita. Sepuluh persen penderita skizofrenia meninggal karena bunuh diri.

Prognosis baik berhubungan dengan tidak adanya gangguan perilaku prodromal, pencetus lingkungan yang jelas, awitan mendadak, awitan pada usia pertengahan, adanya konfusi, riwayat untuk gangguan afek, dan system dukungan yang tidak kritis dan tidak terlalu intrusive. Skizofrenia Tipe I tidak selalu mempunyai prognosis yang lebih baik disbanding Skizofrenia Tipe II. Sekitar 70% penderita skizofrenia yang berada dalam remisi mengalami relaps dalam satu tahun. Untuk itu, terapi selamanya diwajibkan pada kebanyakan kasus.

Unit 5

ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN JIWA PADA DEWASA DAN LANSIA

18. Asuhan Keperawatan pada klien Harga Diri Rendah
19. Asuhan Keperawatan pada klien Isolasi Sosial
20. Asuhan Keperawatan pada klien Halusinasi
21. Asuhan Keperawatan pada klien Waham
22. Asuhan Keperawatan pada klien Perilaku Kekerasan
23. Asuhan Keperawatan pada klien Defisit Perawatan Diri
24. Asuhan Keperawatan pada lansia dengan Depresi
25. Asuhan Keperawatan pada lansia dengan Dementia

BAB 18

Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Harga Diri Rendah

A. Harga Diri (*Self Esteem*)

Self-esteem adalah semua ide, pikiran, kepercayaan, dan pendirian yang diketahui individu tentang dirinya dan mempengaruhi individu dalam berhubungan dengan orang lain (Stuart dan Sundeen, 1998). Termasuk persepsi individu akan sifat dan kemampuan, interaksi dengan orang lain dan lingkungan, nilai-nilai yang berkaitan dengan pengalaman dan obyek, tujuan serta keinginan (Tarwoto & Wartonah, 2003). *Self-esteem* dipelajari melalui kontak sosial dan pengalaman berhubungan dengan orang lain. Pandangan individu tentang dirinya dipengaruhi oleh bagaimana individu mengartikan pandangan orang lain tentang dirinya (Stuart dan Sunden, 1993; Kelliat, 1994).

Branden (2001) mendefinisikan *self-esteem* sebagai cara pandang individu terhadap dirinya, bagaimana seseorang menerima dirinya dan menghargainya sebagai individu yang utuh. Nilai yang kita taruh atas diri kita sendiri berdasar penilaian kita sejauhmana memenuhi harapan diri. Harga diri yang tinggi merupakan nilai positif yang kita lekatkan pada diri yang berakar dari penerimaan diri sendiri tanpa syarat, walaupun melakukan kesalahan, kekalahan dan kegagalan, tetapi tetap merasa sebagai seorang yang penting dan berharga (Dariuszky, 2004).

Self-esteem adalah penilaian terhadap hasil yang dicapai dengan menganalisis sejauh mana perilaku memenuhi *ideal self*. Frekuensi mencapai tujuan mempengaruhi *self-esteem*. Jika individu selalu sukses maka cenderung harga dirinya akan tinggi dan jika mengalami gagal, cenderung harga diri menjadi rendah. Harga diri diperoleh dari diri sendiri dan orang lain. Aspek utama adalah dicintai, kasih sayang dan menerima penghargaan dari orang lain (Kelliat, 1994). Centi Paul (1993) menggambarkan *self-esteem* sebagai penilaian diri terhadap

sejauhmana *self-image* kita mencapai *ideal self*.Semakin lebar jurang antara *self-image* dengan *ideal self*, maka semakin rendah penilaian terhadap diri dan menimbulkan penolakan diri (*self-rejection*). Menurut Maslow (Maramis, 2004), *self-esteem* merupakan salah satu kebutuhan dari setiap individu yang harus dipenuhi untuk mencapai aktualisasi diri sebagai puncak kebutuhan individu.

B. Harga Diri Rendah

Harga diri rendah merupakan perasaan negatif terhadap diri sendiri termasuk kehilangan rasa percaya diri, tidak berharga, tidak berguna, tidak berdaya, pesimis, tidak ada harapan dan putus asa (Depkes RI, 2000).Gangguan harga diri adalah evaluasi diri dan perasaan tentang diri atau kemampuan diri yang negatif yang dapat diekspresikan secara langsung maupun tidak langsung. Harga diri rendah adalah evaluasi diri/perasaan tentang diri atau kemampuan diri yang negative dan dipertahankan dalam waktu yang lama

Harga diri rendah adalah perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi yang negatif terhadap diri sendiri dan kemampuan diri. Adanya perasaan hilang percaya diri , merasa gagal karena karena tidak mampu mencapai keinginansesuai ideal diri (Keliat, 2001). Harga diri rendah adalah evaluasi diri/perasaan tentang diri atau kemampuan diri yang negative dan dipertahankan dalam waktu yang lama. Jadi harga diri rendah adalah suatu perasaan negatif terhadap diri sendiri, hilangnya kepercayaan diri dan gagal mencapai tujuan yang diekspresikan secara langsung maupun tidak langsung, penurunan diri ini dapat bersifat situasional maupun kronis atau menahun.

C. Proses Terjadinya Harga Diri Rendah

Harga diri rendah merupakan penilaian individu tentang nilai personal yang diperoleh dengan menganalisa seberapa baik perilaku seseorang sesuai dengan ideal diri. Harga diri yang tinggi adalah perasaan yang berakar dalam penerimaan diri sendiri tanpa syarat, walaupun melakukan kesalahan,kekalahan, dan kegagalan, tetapi merasa sebagai seorang yang penting dan berharga. Gangguan harga diri dapat terjadi secara:

1) Situasional
   Yaitu terjadi trauma yang tiba-tiba, missal harus dioperasi, kecelakaan, dicerai suami, putus sekolah, putus hubungan kerja. Pada pasien yang dirawat dapat terjadi harga diri rendah karena privasi yang kurang diperhatikan seperti pemeriksaan fisik yang sembarangan, pemasangan alat yang tidak sopan, harapan akan struktur, bentuk dan fungsi tubuh yang tidak tercapai karena dirawat/sakit/penyakit, perlakuan petugas yang tidak menghargai.
2) Maturasional
   Ada beberapa factor yang berhubungan dengan maturasi adalah: (1) Bayi/Usia bermain/ Pra sekolah Berhubungan dengan kurang stimulasi atau kedekatan ,perpisahan dengan

orang tua, evaluasi negative dari orang tua, tidak adekuat dukungan orang tua , ketidak mampuan mempercayai orang terdekat. (2) Usia sekolah; Berhubungan dengan kegagalan mencapai tingakat atau peringkat objektif, kehilangan kelompok sebaya, umpan balik negative berulang. (3) Remaja Pada usia remaja penyebab harga diri rendah ,jenis kelamin, gangguan hubungan teman sebagai perubahan dalam penampilan,masalah-masalah pelajaran kehilangan orang terdekat. (4) Usia sebaya; Berhubungan dengan perubahan yang berkaitan dengan penuaan.(5) Lansia; Berhubungan dengan kehilangan (orang, financial, pensiun)

3) Kronik

Yaitu perasaan negative terhadap diri telah berlangsung lama, yaitu sebelum sakit/ dirawat. Pasien mempunyai cara berpikir yang negative. Kejadian sakit dan dirawat akan menambah persepsi negative terhadap dirinya. Kondisi ini mengakibatkan respons yang maladaptive, kondisi ini dapat ditemukan pada pasien gangguan fisik yang kronis atau pada pasien gangguan jiwa.

1. Rentang Respon Konsep Diri

Individu dengan kepribadian sehat akan terdapat citra tubuh yang positif/sesuai, ideal diri yang realistik, konsep diri positif, harga diri tinggi, penampilan peran yang memuaskan dan identitas yang jelas. Respon konsep diri sepanjang rentang sehat – sakit berkisar dari status aktualisasi diri (paling adaptif) sampai pada keracunan identitas/depersonalisasi (maladaptif) yang digambarkan sebagai berikut:

Keterangan:

1. Respon Adaptif adalah respon yang dihadapi klien bila klien menghadapi suatu masalah dapat menyelesaikannya secara baik antara lain:
   a) Aktualisasi diri
      Kesadaran akan diri berdasarkan konservasi mandiri termasuk persepsi masalalu akan diri dan perasaannya.
   b) Konsep diri positif
      Menunjukkan individu akan sukses dalam menghadapi masalah.
2. Respon mal-adaptif adalah respon individu dalam menghadapi masalah dimana individu tidak mampu memecahkan masalah tersebut. Respon maladaptive gangguan konsep diri adalah:

a) Harga diri rendah
   Transisi antara respon konsep diri positif dan mal adaptif.
b) Kekacauan identitas
   Identitas diri kacau atau tidak jelas sehingga tidak memberikan kehidupan dalam mencapai tujuan.
c) Depersonalisasi (tidak mengenal diri)

Tidak mengenal diri yaitu mempunyai kepribadian yang kurang sehat, tidak mampu berhubungan dengan orang lain secara intim. Tidak ada rasa percaya diri atau tidak dapat membina hubungan baik dengan orang lain.

Aktualisasi diri merupakan pernyataan tentang konsep diri yang positif dengan melatar belakangi pengalaman nyata yang suskes dan diterima, ditandai dengan citra tubuh yang positif dan sesuai, ideal diri yang realitas, konsep diri yang positif, harga diri tinggi, penampilan peran yang memuaskan, hubungan interpersonal yang dalam dan rasa identitas yang jelas.

Konsep diri positif merupakan individu yang mempunyai pengalaman positif dalam beraktivitas diri, tanda dan gejala yang diungkapkan dengan mengungkapkan keputusan akibat penyakitnya dan mengungkapkan keinginan yang tinggi. Tanda-tanda individu yang memiliki konsep diri yang positif adalah: yakin akan kemampuan dalam mengatasi masalah. Seseorang ini mempunyai rasa percaya diri sehingga merasa mampu dan yakin untuk mengatasi masalah yang dihadapi, tidak lari dari masalah, dan percaya bahwa setiap masalah pasti ada jalan keluarnya. Merasa setara dengan orang lain. Ia selalu merendah diri, tidak sombong, mencela atau meremehkan siapapun, selalu menghargai orang lain. Menerima pujian tanpa rasa malu. Ia menerima pujian tanpa rasa malu tanpa menghilangkan rasa merendah diri, jadi meskipun ia menerima pujian ia tidak membanggakan dirinya apalagi meremehkan orang lain. Menyadari bahwa setiap orang mempunyai berbagai perasaan dan keinginan serta perilaku yang tidak seharusnya disetujui oleh masyarakat. Ia peka terhadap perasaan orang lain sehingga akan menghargai perasaan orang lain meskipun kadang tidak disetujui oleh masyarakat. Mampu memperbaiki karena ia sanggup mengungkapkan aspek-aspek kepribadian tidak disenangi dan berusaha mengubahnya. Ia mampu untuk mengintrospeksi dirinya sendiri sebelum menginstrospeksi orang lain, dan mampu untuk mengubahnya menjadi lebih baik agar diterima di lingkungannya.

Konsep diri negatif ditandai dengan masalah sosial dan ketidakmampuan untuk melakukan dengan penyesuaian diri (*maladjustment*). Harga diri adalah penilaian pribadi terhadap hasil yang dicapai dengan menganalisa seberapa jauh prilaku memenuhi ideal diri (Stuart and Sundeen, 1991). Frekuensi pencapaian tujuan akan menghasilkan harga diri yang rendah atau harga diri yang tinggi. Jika individu sering gagal , maka cenderung harga diri rendah. Harga diri diperoleh dari diri sendiri dan orang lain. Harga diri bergantung pada kasih sayang dan penerimaan. Biasanya harga diri sangat rentan terganggu pada saat remaja dan usia lanjut. Dari hasil riset ditemukan bahwa masalah kesehatan fisik mengakibatkan harga diri rendah.

2. Etiologi

Harga diri rendah sering disebabkan karena adanya koping individu yang tidak efektif akibat adanya kurang umpan balik positif, kurangnya system pendukung kemunduran perkembangan ego, pengulangan umpan balik yang negatif, difungsi system keluarga serta terfiksasi pada tahap perkembangan awal (Townsend, M.C. 1998: 366). Menurut Carpenito, koping individu tidak efektif adalah keadaan dimana seorang individu mengalami atau beresiko mengalami suatu ketidakmampuan dalam mengalami stessor internal atau lingkungan dengan adekuat karena ketidakkuatan sumber-sumber (fisik, psikologi, perilaku atau kognitif).

Harga diri rendah di akibatkan oleh rendahnya cita-cita seseorang. Hal ini mengakibatkan berkurangnya tantangan dalam mencapai tujuan. Tantangan yang rendah menyebabkan upaya yang rendah. Selanjutnya hal ini menyebabkan penampilan seseorang yang tidak optimal. Seringkali penyebab terjadinya harga diri rendah adalah pada masa kecil sering di salahkan, jarang di beri pujian atas keberhasilannya. Saat individu mencapai masa remaja keberadaannya kurang di hargai dan tidak di beri kesempatan dan tidak di terima. Menjelang dewasa awal sering gagal di sekolah, pekerjaan ataupun pergaulan. Harga diri rendah muncul saat lingkungan cenderung mengucilkan dan menuntut lebih dari kemampuanya.

1) Faktor Predisposisi
   a. Faktor biologis
      1. Kerusakan lobus frontal
      2. Kerusakan hipotalamus
      3. Kerusakan system limbic
      4. Kerusakan neurotransmitter
   b. Faktor psikologis
      1. penolakan orang tua
      2. harapan orang tua tidak realistis
      3. orang tua yang tidak percaya pada anak
      4. tekanan teman sebaya
      5. kurang reward system
      6. dampak penyakit kronis
   c. Faktor sosial
      1. Kemiskinan
      2. Terisolasi dari lingkungan
      3. Interaksi kurang baik dalam keluarga
   d. Faktor cultural
      1. Tuntutan peran
      2. Perubahan kultur

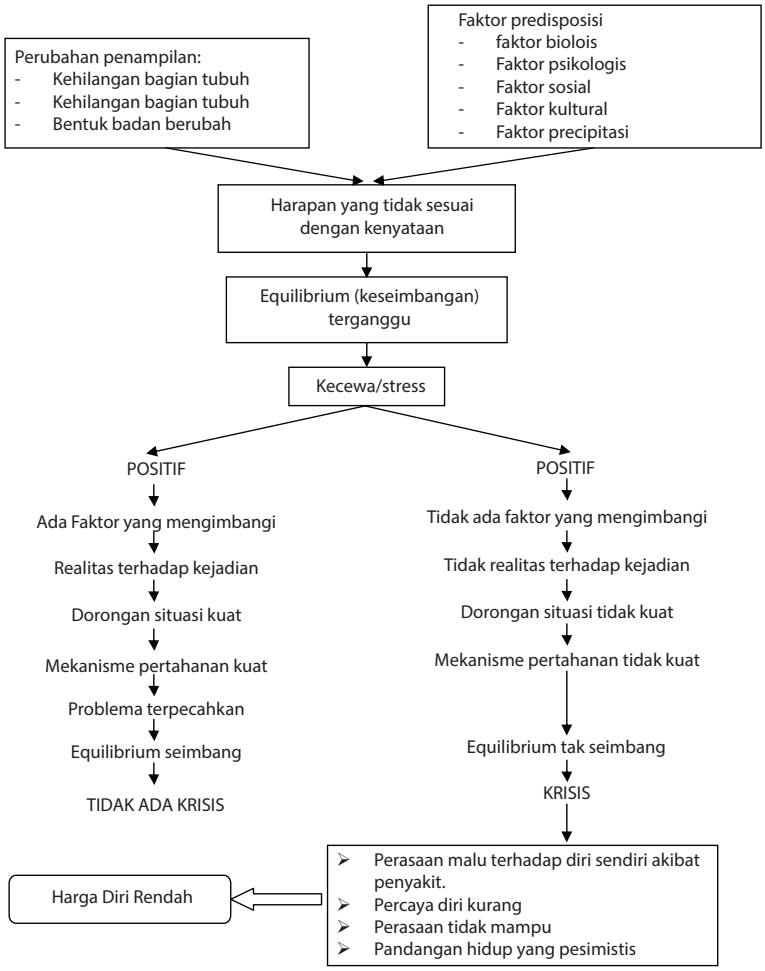
   Faktor Predisposisi terjadinya harga diri rendah adalah penolakan orangtua yang tidak realistis, kegagalan berulang kali, kurang mempunyai tanggung jawab personal, ketergantungan pada orang lain, ideal diri yang tidak realistis.

2) Faktor Presipitasi

Adalah kehilangan bagian tubuh, perubahan penampilan/bentuk tubuh, kegagalan atau produkivitas yang menurun. Secara umum gangguan konsep diri harga diri rendah ini dapat terjadi secara situasional atau kronik. Secara situasional misalnya karena trauma yang muncul secara tiba-tiba misalnya harus di operasi, kecelakaan, perkosaan atau di penjara termasuk di rawat di rumah sakit bisa menyebabkan harga diri, harga diri rendah di sebabkan karena penyakit fisik atau pemasangan alat bantu yang membuat klien tidak nyaman.

Penyebab lainnya dalah harapan fungsi tubuh yang tidak tercapai serta perlakuan petugas kesehatan yang kurang menghargai klien dan keluarga. Harga diri rendah kronik biasanya di rasakan klien sebelum sakit atau sebelum di rawat klien sudah memilki pikiran negatif dan meningkat saat di rawat. Dipengaruhi oleh factor Internal dan eksternal.

3. Rentang Respon Pathway



4. Tanda dan Gejala

Tanda yang menunjukan harga diri rendah menurut Carpenito,L.J (2003:352):

1. Perasaan malu terhadap diri sendiri akibat penyakit dan akibat tindakan terhadap penyakit. misalnya: malu dan sedih karena rambut menjadi botak setelah mendapat terapi sinar pada kanker.
2. Rasa bersalah terhadap diri sendiri. Misalnya: ini tidak akan terjadi jika saya segera ke rumah sakit, menyalahkan/mengejek dan mengkritik diri sendiri.
3. Merendahkan martabat. Misalnya: saya tidak bisa,saya tidak mampu, saya orang bodoh dan tidak tau apa-apa.
4. Percaya diri kurang. Misalnya: klien sukar mengambil keputusan, misalnya tentang memilih alternatif tindakan.
5. Ekspresi malu atau merasa bersalah dan khawatir, menolak diri sendiri.
6. Perasaan tidak mampu.
7. Pandangan hidup yang pesimistis.
8. Tidak berani menatap lawan bicara.
9. Lebih banyak menunduk.
10. Penolakan terhadap kemampuan diri.
11. Kurang memperhatikan perawatan diri (Kuku panjang dan kotor, rambut panjang dan lusuh, gigi kuning, kulit kotor).
12. Data Obyektif:
    a) Produktivitas menurun.
    b) Perilaku distruktif pada diri sendiri.
    c) Perilaku distruktif pada orang lain.
    d) Penyalahgunaan zat
    e) Menarik diri dari hubungan sosial
    f) Ekspresi wajah malu dan merasa bersalah.
    g) Menunjukkan tanda depresi (sukar tidur dan sukar makan)
    h) Tampak mudah tersinggung/mudah marah.

D. Proses Keperawatan Klien Harga Diri Rendah

1. Pengkajian

Pengkajian adalah dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri dari pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah klien. Data yang dikumpulkan melalui data biologis , psikologis, social dan spiritual.

Adapun isi dari pengkajian tersebut adalah:

I. Identitas klien

Melakukan perkenalan dan kontrak dengan klien tentang: nama mahasiswa, nama panggilan, nama klien, nama panggilan klien, tujuan, waktu, tempat pertemuan, topik

yang akan dibicarakan. Tanyakan dan catat usia klien dan No RM, tanggal pengkajian dan sumber data yang didapat.

II. Alasan masuk

Apa yang menyebabkan klien atau keluarga datang, atau dirawat di rumah sakit, apakah sudah tahu penyakit sebelumnya, apa yang sudah dilakukan keluarga untuk mengatasi masalah ini. Pada klien dengan harga diri rendah klien menyendiri, tidak mampu menatap lawan bicara, merasa tidak mampu.

III. Faktor predisposisi

Menanyakan apakah keluarga mengalami gangguan jiwa, bagaimana hasil pengobatan sebelumnya, apakah pernah melakukan atau mengalami penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga, dan tindakan kriminal. Menanyakan kepada klien dan keluarga apakah ada yang mengalami gangguan jiwa, menanyakan kepada klien tentang pengalaman yang tidak menyenangkan.Pada klien dengan perilaku kekerasan faktor predisposisi, faktor presipitasi klien dari pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan, adanya riwayat anggota keluarga yang gangguan jiwa dan adanya riwayat penganiayaan.

Faktor Predisposisi terjadinya harga diri rendah adalah penolakan orangtua yang tidak realistis, kegagalan berulang kali, kurang mempunyai tanggung jawab personal, ketergantungan pada orang lain, ideal diri yang tidak realistis.

IV. Pemeriksaan fisik

Memeriksa tanda-tanda vital, tinggi badan, berat badan, dan tanyakan apakah ada keluhan fisik yang dirasakan klien. Memeriksa apakah ada kekurangan pada kondisi fisiknya. Pada klien harga diri rendah terjadi peningkatan tekanan darah, peningkatan frekuensi nadi.

V. Psikososial

1. Genogram

   Genogram menggambarkan klien dengan keluarga, dilihat dari pola komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh.Penelusiran genetic yang menyebabkan/ menurunkan gangguan jiwa merupakan hal yang sulit dilakukan hingga saat ini.

2. Konsep diri

   a. Gambaran diri

      Tanyakan persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi klien terhadap bagian tubuh yang tidak disukai dan bagian yang disukai. Pada klien harga diri rendah klien cenderung merendahkan dirinya sendiri, perasaan tidak mampur dan rasa bersalah terhadap diri sendiri..

   b. Identitas diri

      Status dan posisi klien sebelum klien dirawat, kepuasan klien terhadap status dan posisinya, kepuasan klien sebagai laki-laki atau perempuan, keunikan yang dimiliki sesuai dengan jenis kelaminnya dan posisinya.Klien dengan harga diri rendah klien lebih banyak menunduk, kurang percaya diri, dan tidak berani menatap lawan bicara

c. Fungsi peran

Tugas atau peran klien dalam keluarga/pekerjaan/kelompok masyarakat, kemampuan klien dalam melaksanakan fungsi atau perannya, perubahan yang terjadi saat klien sakit dan dirawat, bagaimana perasaan klien akibat perubahan tersebut.Pada klien HDR tidak mampu melakukan perannya secara maksimal hal ini ditandai dengan kurang percaya diri dan motivasi yang kurang dari individu tersebut.

d. Ideal diri

Harapan klien terhadap keadaan tubuh yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan atau sekolah, harapan klien terhadap lingkungan, harapan klien terhadap penyakitnya, bagaimana jika kenyataan tidak sesuai dengan harapannya. Pada klien dengan harga diri rendah klien cenderung percaya diri kurang, selalu merendahkan martabat, dan penolakan terhadap kemampuan dirinya.

e. Harga diri

Yaitu penilaian tentang nilai personal yang diperoleh dengan menganalisa seberapa baik perilaku seseorang sesuai dengan ideal dirinya. Pada klien dengan harga diri rendah merasa malu terhadap dirinya sendiri, rasa bersalah terhadap dirinya sendiri, merendahkan martabat, pandangan hidup yang pesimis, penolakan terhadap kemampuan diri, dan percaya diri kurang.

3. Hubungan sosial

Tanyakan orang yang paling berarti dalam hidup klien, tanyakan upaya yang biasa dilakukan bila ada masalah, tanyakan kelompok apa saja yang diikuti dalam masyarakat, keterlibatan atau peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat, hambatan dalam berhubungan dengan orang lain, minat dalam berinteraksi dengan orang lain. Dalam hal ini orang yang mengalami harga diri rendah cenderung menarik diri dari lingkungn sekitarnya dan klien merasa malu.

4. Spiritual

Nilai dan keyakinan, kegiatan ibadah/menjalankan keyakinan, kepuasan dalam menjalankan keyakinan. Pada klien harga diri rendah cenderung berdiam diri dan tidak melaksanakan fungsi spiritualnya

VI. Status mental

1. Penampilan

Melihat penampilan klien dari ujung rambut sampai ujung kaki apakah ada yang tidak rapih, penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak seperti biasanya, kemampuan klien dalam berpakaian, dampak ketidakmampuan berpenampilan baik/berpakaian terhadap status psikologis klien.Pada klien dengan harga diri rendah klien kurang memperhatikan perawatan diri, klien dengan harga diri rendah rambut tampak kotor dan lusuh, kuku panjang dan hitam, kulit kotor dan gigi kuning.

2. Pembicaraan
   Klien dengan harga diri rendah bicaranya cenderung gagap, sering terhenti/bloking, lambat, membisu, menghindar, dan tidak mampu memulai pembicaraan
3. Aktivitas motorik
   Pada klien dengan harga diri rendah klien lebih sering menunduk, tidak berani menatap lawan bicara, dan merasa malu.
4. Afek dan Emosi
   Klien cederung datar (tidak ada perubahan roman muka pada saat ada stimulus yang menyenangkan atau menyedihkan).
5. Interaksi selama wawancara
   Pada klien dengan harga diri rendah klien kontak kurang (tidak mau menatap lawan bicara).
6. Proses Pikir
   a. Arus fikir
      Klien dengan harga diri rendah cenderung blocking (pembicaraan terhenti tiba – tiba tanpa gangguan dari luar kemudian dilanjutkan kembali).
   b. Bentuk Pikir
      Otistik: bentuk pemikiran yang berupa fantasia tau lamunan untuk memuaskan keinginan yang tidak dapat dicapainya.
   c. Isi fikir
      - Pikian rendah diri: selalu merasa bersalah pada dirinya dan penolakan terhadap kemampuan diri. Klien menyalahkan, menghina dirinya terhadap hal-hal yang pernah dilakukan ataupun belum pernah dia lakukan
      - Rasa bersalah: pengungkapan diri negatif
      - Pesimis: berpandangan bahwa masa depan dirinya yang suram tentang banyak hal di dalam kehidupannya
7. Tingkat kesadaran
   Klien dengan harga diri rendah tingkat kesadarannya composmentis, namun ada gangguan orientasi terhadap orang lain.
8. Memori
   Klien dengan harga diri rendah mampu mengingat memori jangka panjang ataupun jangka pendek
9. Tingkat konsentrasi
   Tingkat konsentrasi klien harga diri rendah menurun karena pemikiran dirinya sendiri yang merasa tidak mampu.
10. Kemampuan Penilain/Pengambilan keputusan
    Klien harga diri rendah sulit mementukan tujuan dan mengambil keputusan karena selalu terbayang ketidakmampuan untuk dirinya sendiri.

11. Daya Tilik

    Mengingkari penyakit yang diderita: klien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu minta pertolongan/klien menyangkal keadaan penyakitnya, klien tidak mau bercerita tentang penyakitnya. Menyalahkan hal-hal diluar dirinya: menyalahkan orang lain atau lingkungan yang menyebabkan timbulnya penyakit atau masalah sekarang.

VII. Kebutuhan Perencanaan Pulang

1. Kemampuan klien memenuhi kebutuhan
2. Kegiatan hidup sehari-hari (ADL)

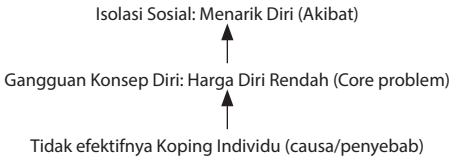
VIII. Mekanisme Koping

Bagaimana dan jelaskan reaksi klien bila menghadapi suatu permasalahan, apakah menggunakan cara-cara yang **adaptif** seperti bicara dengan orang lain, mampu menyelesaikan masalah, teknik relaksasi, aktivitas konstruktif, olah raga, dll ataukah menggunakan cara-cara yang **maladaptif** seperti minum alkohol, merokok, reaksi lambat/berlebihan, menghindar, mencederai diri atau lainnya.

Pada proses pengkajian, data penting dan masalah yang perlu di kaji adalah:

No	Masalah Keperawatan	Data Subyektif	Data Obyektif
1.	Masalah utama: Gangguan konsep diri: harga diri rendah	a. Mengungkapkan ingin diakui jati dirinya. b. Mengungkapkan tidak ada lagi yang peduli. c. Mengungkapkan tidak bisa apa-apa. d. Mengungkapkan dirinya tidak berguna. e. Mengkritik diri sendiri. Perasaan tidak mampu.	a. Merusak diri sendiri maupun orang lain. b. Ekspresi malu. c. Menarik diri dari hubungan social. d. Tampak mudah tersinggung. e. Tidak mau makan dan tidak tidur
2.	Masalah keperawatan: Koping individu tidak efektif	a. Mengungkapkan ketidakmampuan dan meminta bantuan orang lain. b. Mengungkapkan malu dan tidak bisa ketika diajak melakukan sesuatu. c. Mengungkapkan tidak berdaya dan tidak ingin hidup lagi.	a. Tampak ketergantungan terhadap orang lain b. Tampak sedih dan tidak melakukan aktivitas yang seharusnya dapat dilakukan. c. Wajah tampak murung
3.	Masalah keperawatan: Menari diri: isolasi sosial	a. Mengungkapkan enggan bicara dengan orang lain b. Klien mengatakan malu bertemu danberhadapan dengan orang lain.	a. Ekspresi wajah kosong tidak ada kontak mata. b. ketika diajak bicaraSuara pelan dan tidak jelas Hanya memberi jawaban singkat (ya/ tidak). c. Menghindar ketika didekati

a. Pohon Masalah



b. Diagnosa Keperawatan
   1. Gangguan konsep diri:harga diri rendah
   2. Isolasi sosial: menarik diri
   3. Koping individu tidak efektif

2. Perencanaan

Tabel
Rencana Keperawatan
Klien dengan Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah

Perencanaan		Intervensi	Rasional
Tujuan	**Kriteria evaluasi**		
Tujuan Umum: Klien mampu meningkatkan harga diri			
Tujuan Khusus 1: Klien dapat membina hubungan saling percaya	Kriteria Evaluasi: 1. KLien dapat mengungkapkan perasaannya 2. Ekspresi wajah bersahabat. 3. Ada kontak mata 4. Menunjukkan rasa senang. 5. Mau berjabat tangan 6. Mau menjawab salam 7. Klien mau duduk berdampingan 8. Klien mau mengutarakan masalah yang dihadapi	1.1 Bina Hubungan saling percaya a. Sapa klien dengan ramah, baik verbal maupun nonverbal. b. Perkenalkan diri dengan sopan c. Tanya nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien d. Jelaskan tujuan pertemuan, jujur dan menepati janji. e. Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya. f. Beri perhatian pada klien	Hubungan saling percaya akan menimbulkan kepercayaan klien pada perawat sehingga akan memudahka dalam pelaksanaan tindakan selanjutnya

Perencanaan		Intervensi	Rasional
Tujuan	**Kriteria evaluasi**		
		1.2 Beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaan tentang penyakit yang dideritanya 1.3 Sediakan waktu untuk mendengarkan klien 1.4 Katakana pada klien bahwaia adalah seorang yang berharga dan bertanggung jawab serta mampu menolong dirinya sendiri	
Tujuan Khusus 2 Klien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki	Kriteria evaluasi: 1. Klien mampu mempertahankan aspek yang positif	2.1 Diskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien dan beri pujian/ reinforcement atas kemampuan mengungkapkan perasaan 2.2 Saat bertemu klien, hindarkan member penilain negatif. Utamakan member pujian yang realistis.	Pujian akan meningkatkan harga diri klien
Tujuan khusus 3: Klien dapat menilai kemampuan yang didapat digunakan	Kriteria evaluasi 1. Kebutuhan klien terpenuhi 2. Klien dapat melakukan aktivitas terarah	3.1 Diskusikan kemampuan yang masih dapat digunakan selama sakit. 3.2 Diskusikan juaga kemampuan yang dapat dilanjutkan penggunaan di rumah sakit dan di rumah nanti	Peningkatan kemempuan mendorong klien untuk mandiri

Perencanaan		Intervensi	Rasional
Tujuan	**Kriteria evaluasi**		
Tujuan Khusus 4: Klien dapat menetapkan dan merencanakan kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki	Kriteria evaluasi 1. Klien mampu beraktivitas sesuai kemampuan 2. Klien mengikuti terapi aktivitas kelompok	4.1 Rencanakan bersama klien aktivitas yang dapat dilakukan setiap hari sesuia kemampuan: kegiatan mandiri, kegiatan dengan bantuan minimal, kegiatan dengan bantuan total. 4.2 Tingkatkan kegiatan sesuai dengan toleransi kondisi klien 4.3 Beri contoh car pelaksanaan kegiatan yang boleh klien lakukan (sering klien takut melaksanakanya)	Pelaksanaan kegiatan secara mandiri modal awal untuk meningkatkan harga diri
Tujuan khusus 5 Klien dapat melakukan kegiatan sesuai kondisi sakit dan kemampuannya	Kriteria evaluasi: 1. Klien mampu beraktivitas sesuai kemampuan	5.1 Beri kesempatan klien untuk mencoba kegiatan yang direncanakan 5.2 Beri pujian atas keberhasilan klien 5.3 Diskusikan kemungkinan pelaksanaan dirumah.	Dengan aktivitas klien akan mengetahui kemampuannya
Tujuan khusus 6 Klien dapat memanfaatkan system pendukung yang ada	Kriteria evaluasi: 1. Klien mampu melakukan apa yang diajarkan 2. Klien mau memberikan dukungan	6.1 Beri pendidikan kesehatan pada keluarga tentang cara merawat klien harga diri rendah 6.2 Bantu keluarga memberi dukungan selama klien di rawat 6.3 Bantu keluarga menyiapkan lingkungan di rumah.	Perhatian keluarga dan pengertian keluarga akan dapat membantu mrningkatkan harga diri klien

3. Strategi Pelaksanaan (SP) Berdasarkan Pertemuan

a. SP 1 Pasien:
   1. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien.
   2. Menilai kemampuan yang dapat dilakukan saat ini
   3. Memilih kemampuan yang akan di latih
   4. Melatih kemampuan pertama yang dipilih
   5. Memasukkan dalam jadwal kegiatan klien
b. SP 2 Pasien
   1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien (SP 1).
   2. Melatih kemampuan kedua yang dipilih klien.
   3. Melatih kemampuan yang dipilih
   4. Memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian.
c. SP 3 Pasien
   1. Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP 1 dan 2).
   2. Memilih kemampuan ketiga yang dapat dilakukan
   3. Melatih kemampuan ketiga yang dipilih.
   4. Masukkan dalam kegiatan jadwal klien.
d. SP 1 Keluarga
   1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien.
   2. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala harga diri rendah serta proses terjadinya.
   3. Menjelaskan cara merawat klien dengan harga diri rendah.
   4. Bermain peran dalam merawat pasien HDR.
   5. Menyusun RTL keluarga/jadwal keluarga untuk merawat klien.
e. SP 2 Keluarga
   1. Evaluasi kemampuan keluarga (SP 1).
   2. Melatih keluarga merawat langsung klien dengan harga diri rendah.
   3. Menyusun RTL keluarga/jadwal keluarga untuk merawat klien.
f. SP 3 Keluarga
   1. Evaluasi kemampuan keluarga (SP 1).
   2. Evaluasi kemampuan klien
   3. Rencana tindak lanjut keluarga dengan follow up dan rujukan.

4. Implementasi

SP 1 Pasien: Mendiskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien, membantu pasien menilai kemampuan yang masih dapat digunakan, membantu pasien memilih/ menetapkan kemampuan yang akan dilatih, melatih kemampuan yang sudah dipilih dan menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang telah dilatih dalam rencana harian.

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK)

1. **Fase Prainteraksi**
   Kondisi: Klien terlihat murung, banyak menunduk dan pesimis, nada suara lemah, mengatakan malu bertemu dengan orang.

   Diagnosa Kep: Gangguan konsep diri; Harga diri rendah

   Tujuan Khusus: TUK 1, 2, 3, 4, 5

   Intervensi: SP1 Pasien

2. **Fase Orientasi:**
   "Selamat pagi, perkenalkan saya .., kalau boleh tau mbak namanya siapa ..bagaimana keadaan S hari ini? S terlihat segar".

   "Bagaimana kita bercakap-cakap tentang hobi atau kegiatan yang mbak sukai dirumah. Setelah itu kita akan nilai kegiatan mana yang masih dapat T dilakukna di rumah sakit. Setelah kita nilai, kita akan pilih satu kegiatan untuk kita latih"

   "Dimana kita duduk? bagaimana kalau di ruang tamu? Berapa lama? Bagaimana kalau 20 menit?

3. **Fase Kerja:**
   " S, kegiatan apa yg mbak sukai dirumah.. keinginan apa yg mbak ingin lakukan.. apa saja kemampuan yang S dimiliki? Bagus, apa lagi? Saya buat daftarnya ya! Apa pula kegiatan rumah tangga yang biasa S lakukan? Bagaimana dengan merapihkan kamar? Menyapu? Mencuci piring.....dst.". " Wah, bagus sekali ada lima kemampuan dan kegiatan yang S miliki ".

   " S, dari lima kegiatan/kemampuan ini, yang mana yang masih dapat dikerjakan di rumah sakit? Coba kita lihat, yang pertama bisakah, yang kedua.....sampai 5 (misalnya ada 3 yang masih bisa dilakukan). Bagus sekali ada 3 kegiatan yang masih bisa dikerjakan di rumah sakit ini.

   "Sekarang, coba S pilih satu kegiatan yang masih bisa dikerjakan di rumah sakit ini"." O yang nomor satu, merapihkan tempat tidur?Kalau begitu, bagaimana kalau sekarang kita latihan merapihkan tempat tidur S". Mari kita lihat tempat tidur S. Coba lihat, sudah rapihkah tempat tidurnya?"

   "Nah kalau kita mau merapihkan tempat tidur, mari kita pindahkan dulu bantal dan selimutnya. Bagus ! Sekarang kita angkat spreinya, dan kasurnya kita balik. "Nah, sekarang kita pasang lagi spreinya, kita mulai dari arah atas, ya bagus !. Sekarang sebelah kaki, tarik dan masukkan, lalu sebelah pinggir masukkan. Sekarang ambil bantal, rapihkan, dan letakkan di sebelah atas/kepala. Mari kita lipat selimut, nah letakkan sebelah bawah/kaki. Bagus !"

   " T sudah bisa merapihkan tempat tidur dengan baik sekali. Coba perhatikan bedakah dengan sebelum dirapikan? Bagus "

   " Coba S lakukan dan jangan lupa memberi tanda MMM (mandiri) kalau S lakukan tanpa disuruh, tulis B (bantuan) jika diingatkan bisa melakukan, dan T (tidak) melakukan.

4. **Fase Terminasi:**
   "Bagaimana perasaan mbak S setelah kita bercakap-cakap dan latihan merapihkan tempat tidur? Yach, S ternyata banyak memiliki kemampuan yang dapat dilakukan di rumah sakit ini. Salah satunya, merapihkan tempat tidur, yang sudah S praktekkan dengan baik sekali. Nah kemampuan ini dapat dilakukan juga di rumah setelah pulang."

   "Sekarang, mari kita masukkan pada jadual harian. S. Mau berapa kali sehari merapihkan tempat tidur. Bagus, dua kali yaitu pagi-pagi jam berapa? Lalu sehabis istirahat, jam 16.00"

   "Besok pagi kita latihan lagi kemampuan yang kedua. S masih ingat kegiatan apa lagi yang mampu dilakukan di rumah sakit selain merapihkan tempat tidur? Ya bagus, cuci piring.. kalu begitu kita akan latihan mencuci piring besok jam 8 pagi di dapur ruangan ini sehabis makan pagi Sampai jumpa ya"

SP 2 Pasien: Melatih pasien melakukan kegiatan lain yang sesuai dengan kemampuan pasien.

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK)

1. **Fase Prainteraksi**
   Kondisi: Klien sudah mampu menjelaskan hobi dan kemampuan yang dimiliki yaitu 5 kemampuan dan sudah berlatih merapikan tempat tidur. Klien masih sering menunduk dan nada suara pelan.

   Diagnosa Kep: Gangguan konsep diri; Harga diri rendah

   Tujuan Khusus: TUK 3, 4, 5

   Intervensi: SP 2 Pasien

2. **Fase Orientasi:**
   " Selamat pagi, bagaimana perasaan S pagi ini? Wah, tampak cerah "

   "Bagaimana S, sudah dicoba merapikan tempat tidur sore kemarin/Tadi pag? Bagus (kalau sudah dilakukan, kalau belum bantu lagi, sekarang kita akan latihan kemampuan kedua. Masih ingat apa kegiatan itu S?"

   "Ya benar, kita akan latihan mencuci piring di dapur ruangan ini"

   "Waktunya sekitar 15 menit. Mari kita ke dapur!".

3. **Fase Kerja:**
   " Mbak S, sebelum kita mencuci piring kita perlu siapkan dulu perlengkapannya, yaitu sabut/ tapes untuk membersihkan piring, sabun khusus untuk mencuci piring, dan air untuk membilas., S bisa menggunakan air yang mengalir dari kran ini. Oh ya jangan lupa sediakan tempat sampah untuk membuang sisa-makanan.

   "Sekarang saya perlihatkan dulu ya caranya"

   "Setelah semuanya perlengkapan tersedia, S ambil satu piring kotor, lalu buang dulu sisa kotoran yang ada di piring tersebut ke tempat sampah. Kemudian S bersihkan piring tersebut dengan menggunakan sabut/tapes yang sudah diberikan sabun pencuci piring. Setelah selesai disabuni, bilas dengan air bersih sampai tidak ada busa sabun sedikitpun di piring tersebut. Setelah itu S bisa mengeringkan piring yang sudah bersih tadi di rak yang sudah tersedia di dapur. Nah selesai…

   "Sekarang coba S yang melakukan…"

   "Bagus sekali, S dapat mempraktekkan cuci pring dengan baik. Sekarang dilap tangannya.

4. **Fase Terminasi:**
   "Bagaimana perasaan S setelah latihan cuci piring?"

   "Bagaimana jika kegiatan cuci piring ini dimasukkan menjadi kegiatan sehari-hari

   S. Mau berapa kali S mencuci piring? Bagus sekali S mencuci piring tiga kali setelah makan."

   "Besok kita akan latihan untuk kemampuan ketiga, setelah merapihkan tempat tidur dan cuci piring. Masih ingat kegiatan apakah itu? Ya benar kita akan latihan mengepel"

   "Mau jam berapa? Sama dengan sekarang? Sampai jumpa "

Catatan: Latihan dapat dilanjutkan untuk kemampuan lain sampai semua kemampuan dilatih. Setiap kemampuan yang dimiliki akan menambah harga diri pasien.

5. Tindakan Keperawatan pada Keluarga

Keluarga diharapkan dapat merawat pasien dengan harga diri rendah di rumah dan menjadi sistem pendukung yang efektif bagi pasien.

a. Tujuan:
   1) Keluarga membantu pasien mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki pasien
   2) Keluarga memfasilitasi pelaksanaan kemampuan yang masih dimiliki pasien
   3) Keluarga memotivasi pasien untuk melakukan kegiatan yang sudah dilatih dan memberikan pujian atas keberhasilan pasien.
   4) Keluarga mampu menilai perkembangan perubahan kemampuan pasien.

b. Tindakan keperawatan:
   1) Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien
   2) Jelaskan kepada keluarga tentang harga diri rendah yang ada pada pasien
   3) Diskusi dengan keluarga kemampuan yang dimiliki pasien dan memuji pasien atas kemampuannya
   4) Jelaskan cara-cara merawat pasien dengan harga diri rendah
   5) Demontrasikan cara merawat pasien dengan harga diri rendah
   6) Beri kesempatan kepada keluarga untuk mempraktekkan cara merawat pasien dengan harga diri rendah seperti yang telah perawat demonstrasikan sebelumnya
   7) Bantu keluarga menyusun rencana kegiatan pasien di rumah

SP 1 Keluarga: Mendiskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien di rumah, menjelaskan tentang pengertian, tanda dan gejala harga diri rendah, menjelaskan cara merawat pasien dengan harga diri rendah, mendemonstrasikan cara merawat pasien dengan harga diri rendah, dan memberi kesempatan kepada keluarga untuk mempraktekkan cara merawat.

1. **Fase Prainteraksi**
   Kondisi: Klien sudah berlatih beberapa kemampuan dan aktifitas di rumah sakit. Keluarga mengunjungi klien dan terlihat sedih dan bingung dengan kondisi klien.
   Diagnosa Kep: Gangguan konsep diri; Harga diri rendah
   Tujuan Khusus: TUK 6
   Intervensi: SP1 Keluarga

2. **Fase Orientasi:**
   "Selamat pagi ibu/bapak, saya ... yang mendampingi mbak S "
   "Bagaimana keadaan Bapak/Ibu pagi ini?"
   "Bagaimana kalau pagi ini kita bercakap-cakap tentang cara merawat S? Berapa lama waktu Bp/Ibu?30 menit? Baik, mari duduk di ruangan tamu!".

3. Fase Kerja:

"Apa yang bapak/Ibu ketahui tentang masalah S"

"Ya memang benar sekali Pak/Bu, S itu memang terlihat tidak percaya diri dan sering menyalahkan dirinya sendiri. Misalnya pada S, sering menyalahkan dirinya dan mengatakan dirinya adalah orang paling bodoh sedunia. Dengan kata lain, anak Bapak/Ibu memiliki masalah harga diri rendah yang ditandai dengan munculnya pikiran-pikiran yang selalu negatif terhadap diri sendiri. Bila keadaan S ini terus menerus seperti itu, S bisa mengalami masalah yang lebih berat lagi, misalnya S jadi malu bertemu dengan orang lain dan memilih mengurung diri"

"Sampai disini, bapak/Ibu mengerti apa yang dimaksud harga diri rendah?"

"Bagus sekali bapak/Ibu sudah mengerti"

"Setelah kita mengerti bahwa masalah S dapat menjadi masalah serius, maka kita perlu memberikan perawatan yang baik untuk S"

"Bpk/Ibu, apa saja kemampuan yang dimiliki S? Ya benar, dia juga mengatakan hal yang sama(kalau sama dengan kemampuan yang dikatakan S)

"S itu telah berlatih dua kegiatan yaitu merapihkan tempat tidur dan cuci piring. Serta telah dibuat jadual untuk melakukannya. Untuk itu, Bapak/Ibu dapat mengingatkan S untuk melakukan kegiatan tersebut sesuai jadual. Tolong bantu menyiapkan alat-alatnya, ya Pak/Bu. Dan jangan lupa memberikan pujian agar harga dirinya meningkat. Ajak pula memberi tanda cek list pada jadual yang kegiatannya".

"Selain itu, bila S sudah tidak lagi dirawat di Rumah sakit, bapak/Ibu tetap perlu memantau perkembangan S. Jika masalah harga dirinya kembali muncul dan tidak tertangani lagi, bapak/Ibu dapat membawa S ke puskesmas"

"Nah bagaimana kalau sekarang kita praktekkan cara memberikan pujian kepada S"

"Temui S dan tanyakan kegiatan yang sudah dia lakukan lalu berikan pujian yang yang mengatakan: Bagus sekali S, kamu sudah semakin terampil mencuci piring"

"Coba Bapak/Ibu praktekkan sekarang. Bagus".

4. Fase Terminasi:

"Bagaimana perasaan Bapak/bu setelah percakapan kita ini?"

"Dapatkah Bapak/Ibu jelaskan kembali maasalah yang dihadapi S dan bagaimana cara merawatnya?"

"Bagus sekali bapak/Ibu dapat menjelaskan dengan baik. Nah setiap kali Bapak/Ibu kemari lakukan seperti itu. Nanti di rumah juga demikian."

"Bagaimana kalau kita bertemu lagi dua hari mendatang untuk latihan cara memberi pujian langsung kepada S"

"Jam berapa Bp/Ibu datang? Baik saya tunggu. Sampai jumpa.".

SP 2 Keluarga : Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan masalah harga diri rendah langsung kepada pasien

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK)

1. Fase Prainteraksi

Kondisi: Keluarga sudah mendapatkan penjelasan tentang kondisi klien dan cara merawatnya dirumah.
Diagnosa Kep: Gangguan konsep diri; Harga diri rendah
Tujuan Khusus: TUK 6
Intervensi: SP 2 Keluarga

2. Fase Orientasi:

"Selamat pagi Pak/Bu"

" Bagaimana perasaan Bapak/Ibu hari ini?"

"Bapak/IBu masih ingat latihan merawat anak BapakIbu seperti yang kita pelajari dua hari yang lalu?"

"Baik, hari ini kita akan mampraktekkannya langsung kepada S."

"Waktunya 20 menit".

"Sekarang mari kita temui S"

3. Fase Kerja:

" Selamat pagi S. Bagaimana perasaan S hari ini?"

"Hari ini saya datang bersama orang tua S. Seperti yang sudah saya katakan sebelumnya, orang tua S juga ingin merawat S agar S cepat pulih."

(kemudian saudara berbicara kepada keluarga sebagai berikut)

"Nah Pak/Bu, sekarang Bapak/Ibu bisa mempraktekkan apa yang sudah kita latihkan beberapa hari lalu, yaitu memberikan pujian terhadap perkembangan anak Bapak/Ibu"

(Saudara mengobservasi keluarga mempraktekkan cara merawat pasien seperti yang telah dilatihkan pada pertemuan sebelumnya).

"Bagaimana perasaan Ssetelah berbincang-bincang dengan Orang tua S?"

"Baiklah, sekarang saya dan orang tua S ke ruang perawat dulu"

(Saudara dan keluarga meninggalkan pasien untuk melakukan terminasi dengan keluarga).

4. Fase Terminasi:

" Bagaimana perasaan Bapak/Ibu setelah kita latihan tadi?"

« «Mulai sekarang Bapak/Ibu sudah bisa melakukan cara merawat tadi kepada S »

« Tiga hari lagi kita akan bertemu untuk mendiskusikan pengalaman Bapak/Ibu melakukan cara merawat yang sudah kita pelajari. Waktu dan tempatnya sama seperti sekarang Pak/Bu » " Selamat pagi

SP 3 Keluarga : Membuat perencanaan pulang bersama keluarga

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK)

1. Fase Prainteraksi

Kondisi: Keluarga sudah mengerti cara merawat klien dirumah dan sudah dilatih langsung ke klien. Kondisi klien sudah mampu memulai berinteraksi aktif dengan orang lain, sudah mampu mengikuti kegiatan harian di ruangan dan latihan beberapa kemampuan.

Diagnosa Kep: Gangguan konsep diri; Harga diri rendah

Tujuan Khusus: TUK 6. Klien mampu memanfaatkan sistem pendukung yang ada

Intervensi: SP 3 Keluarga

2. Fase Orientasi:

"" Selamat pagi Pak/Bu"

"Karena hari ini S sudah boleh pulang, maka kita akan membicarakan jadwal S selama di rumah"

"Berapa lama Bpk/Ibu ada waktu? Mari kita bicarakan di kantor.

3. Fase Kerja:

"Pak/Bu ini jadwal kegiatan S selama di rumah sakit. Coba diperhatikan, apakah semua dapat dilaksanakan di rumah?"Pak/Bu, jadwal yang telah dibuat selama S dirawat dirumah sakit tolong dilanjutkan dirumah, baik jadwal kegiatan maupun jadwal minum obatnya"

"Hal-hal yang perlu diperhatikan lebih lanjut adalah perilaku yang ditampilkan oleh S selama di rumah. Misalnya kalau S terus menerus menyalahkan diri sendiri dan berpikiran negatif terhadap diri sendiri, menolak minum obat atau memperlihatkan perilaku membahayakan orang lain. Jika hal ini terjadi segera hubungi perawat K di puskemas ..., Puskesmas terdekat dari rumah Bapak/ Ibu, ini nomor telepon puskesmasnya: (0321) 554xxx

"Selanjutnya perawat K tersebut yang akan memantau perkembangan S selama di rumah.

4. Fase Terminasi:

"Bagaimana Pak/Bu? Ada yang belum jelas? Ini jadwal kegiatan harian S untuk dibawa pulang. Ini surat rujukan untuk perawat K di PKM .... Jangan lupa kontrol ke PKM sebelum obat habis atau ada gejala yang tampak. Silakan selesaikan administrasinya!"

6. Evaluasi

1. Kemampuan pasien dan keluarga

   Evaluasi yang dilakukan untuk menilai sejauh mana keberhasilan tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien dengan gangguan konsep diri: harga diri rendah lalu untuk menilai factor penghambat dan pendukung serta alternatif masalah.

Format evaluasi penilaian kemampuan pasien dan keluarga dengan Harga Diri Rendah

Nama pasien :
Ruangan :

Petunjuk pengisian
1. Beri tanda (V) jika pasien mampu melakukan kemampuan dibawah ini
2. Tulis tanggal setiap dilakukan supervise

No	Kemampuan	Tanggal					
A	**Pasien**						
1	Menyebutkan kemampuan dan aspek posotif yang dimiliki						
2	Menilai kemampuan yang masih dapat digunakan						
3	Memilih kegiatanyang akan dilatih sesuai dengan kemampuan yang dimiliki						
4	Melatih kegiatan yang telah dipilih						
5	Melaksanakan kemampuan yang telah dilatih						
6	Melakukan kegiatan sesuai						

No	Kemampuan	Tanggal					
B	**Keluarga**						
1	Menjelaskan pengertian dan tanda-tanda orang HDR						
2	Menyebutkan tiga cara merawat pasien HDR (memberikan pujian, menyediakan fasilitas untuk pasien, dan melatih pasien melakukan kemampuan						
3	Mampu mempraktekkan cara merawat pasien						
4	Melakukan follow up sesuai rujukan						

2. Kemampuan perawat

Penilaian kemampuan perawat dalam merawat pasien HDR

Ruangan : .....
Nama Perawat :.....

Petunjuk pengisian:
Penilaian tindakan keperawatan untuk setiap SP dengan menggunakan instrumen penilaian kinerja.
Nilai tiap penilaian kinerja masukkan ke tabel pada baris nilai SP.

No	Kemampuan	Tanggal						
A	**Pasien**							
	SP I p							
1	Mengidenfikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien							
2	Membantu pasien menilai kemampuan pasien yang masih dapat digunakan							
3	Membantu pasien memilih kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan pasien							
4	Melatih pasien sesuai kemampuan yang dipilih							
5	Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan pasien							
6	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian							
	Nilai SP I p							
	SP II p							
1	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien							
2	Melatih kemampuan kedua							
3	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian							
	Nilai SP II p							

No	Kemampuan	Tanggal						
B	**Keluarga**							
	SP I k							
1	Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien							
2	Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala harga diri rendah yang dialami pasien beserta proses terjadinya							
	Nilai SP I k							
3	Menjelaskan cara-cara merawat pasien harga diri rendah							
	SP II k							
1	Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan harga diri rendah							
2	Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien harga diri rendah							
	Nilai SP II k							
	SP III k							
1	Membantu keluarga membuat jadual aktivitas di rumah termasuk minum obat (*discharge planning*)							
2	Menjelaskan follow up pasien setelah pulang							
	Nilai SP III k							
	Total nilai: SP p + SP k							
	Rata-rata							

E. Terapi Modalitas yang Cocok pada Klien Harga Diri Rendah

Terapi modalitas yaitu suatu terapi yang dilakukan dengan cara melakukan berbagai pendekatan penanganan pada klien dengan gangguan jiwa. Terapi modalitas adalah terapi dalam keperawatan jiwa, dimana perawat mendasarkan potensi yang dimiliki klien (modal-modality) sebagai titik tolak terapi atau penyembuhan yang bertujuan untuk mengubah prilaku maladaptifnya menjadi prilaku yang adaptif.

Jenis terapi modalitas yang cocok untuk klien harga diri rendah, yaitu diantaranya:

a. Terapi Individu

   Terapi individual adalah penanganan klien gangguan jiwa dengan pendekatanhubungan individual antara seorang terapis dengan seorang klien.Suatu hubungan yang terstruktur yang terjalin antara perawat dan klien untuk mengubah perilaku klien.Hubungan terstruktur dalam terapi individual bertujuan agar klien mampu menyelesaikan konflik yang dialaminya. Selain itu klien juga diharapkan mampu meredakan penderitaan

(distress) emosional, serta mengembangkan cara yang sesuai dalam memenuhi kebutuhan dasarnya.

Tujuan penggunaan terapi individual ini adalah untuk mengubah perilaku klien yang maladaptive menjadi perilaku yang adaptif dengan menjalin hubungan terstruktur antara perawat dengan klien. Dalam kasus klien harga diri rendah diperlukan terapi individu karena klien sulit untuk berhubungan dengan orang lain karena merasa dirinya tidak mampu untuk aktivitas, tugas ataupun peran. Sehingga dengan adanya terapi individu diharapkan terapis mampu mengubah cara berfikir klien yang maladaptif menjadi adaptif.

b. Terapi kognitif

Terapi kognitif adalah strategi memodifikasi keyakinan dan sikap yang mempengaruhi perasaan dan perilaku klien. Proses yang diterapkan adalah membantu mempertimbangkan stressor dan kemudian dilanjutkan dengan mengidentifikasi pola berfikir dan keyakinan yang tidak akurat tentang stressor tersebut. Gangguan perilaku terjadi akibat klien mengalami pola keyakinan dan berfikir yang tidak akurat.Untuk itu salah satu memodifikasi perilaku adalah dengan mengubah pola berfikir dan keyakinan tersebut.Fokus asuhan adalah membantu klien untuk reevaluasi ide, nilai yang diyakini, harapan-harapan, dan kemudian dilanjutkan dengan menyusun perubahan kognitif.

Tujuan terapi kognitif adalah:

1) Mengembangkan pola berfikir yang rasional.
2) Mengubah pola berfikir tak rasional yang sering mengakibatkan gangguan perilaku menjadi pola berfikir rasional berdasarkan fakta dan informasi yang actual. Membiasakan diri selalu menggunakan pengetesan realita dalam menanggapi setiap stimulus sehingga terhindar dari distorsi pikiran.
3) Membentuk perilaku dengan pesan internal. Perilaku dimodifikasi dengan terlebih dahulu mengubah pola berfikir.

Dalam kasus diatas diperlukan terapi kognitif karena klien dengan harga diri rendah mempunya cara berfikir yang negatif tentang dirinya merasa tidak mampu. Oleh karena itu peran terapis dalam hal ini adalah Mengembangkan pola berfikir yang rasional. Mengubah pola berfikir tak rasional yang sering mengakibatkan gangguan perilaku menjadi pola berfikir rasional.Membentuk perilaku dengan pesan internal.Perilaku dimodifikasi dengan terlebih dahulu mengubah pola berfikir.

c. Terapi Lingkungan (Milleu Therapy)

Karena pada terapi ini dapat membantu pasien untuk mengembangkan kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, membantu belajar mempercayai orang lain, dan mempersiapkan diri untuk kembali ke masyarakat.Dengan terapi ini perawat mengajarkan pasien untuk membuat dan menggunakan aktifitas yang menyenangkan. Hal ini memberi kesempatan pada pasien untuk mengikuti bermacam-macam kreasi dan membantu pasien untuk menerapkan keterampilan yang telah dipelajari, misalnya membaca novel, menggambar kartun ataupun animasi. Maka dengan mengajarkan hal

tersebut pasien akan merasa akrab dengan lingkungan yang diharapkan, pasien merasa senang/nyaman dan tidak merasa takut dengan lingkungannya, kebutuhan fisik klien akan mudah terpenuhi. Dan pasien tidak tampak gelisah, tidak sering melamun, tidak sering menangis lagi karena pasien dapat berinteraksi dengan lingkungan. Misalnya: klien diajak jalan-jalan ke taman, diajak menari, bermusik membaca, melukis/ menggambar, dan sebagainya.

d. Terapi Kelompok
   Karena terapi kelompok ini merupakan bentuk terapi dengan upaya perawat yang berinteraksi dengan sekelompok klien secara teratur dengan tujuan untuk meningkatkan kesadaran diri klien, meningkatkan hubungan interpersonal, serta mengubah perilaku maladitf klien menjadi perilaku yang adaptif.
e. Terapi keluarga
   Terapi keluarga adalah terapi yang diberikan kepada seluruh anggota keluarga sebagai unit penanganan (treatment unit). Tujuan terapi keluarga adalah agar keluarga mampu melaksanakan fungsinya. Untuk itu sasaran utama terapi jenis ini adalah keluarga yang mengalami disfungsi tidak bisa melaksanakan fungsi-fungsi yang dituntut oleh anggotanya.
f. Terapi okupasi
   Terapi okupasi adalah terapi untuk membantu seseorang menguasai keterampilan motorik halus dengan lebih baik. Keterampilan motorik halus adalah kemampuan seseorang untuk melakukan sesuatu dengan otot-otot kecil yang ada di dalam tangan.
   Contoh kemampuan motorik halus:
   - menulis dan menggambar
   - mewarnai
   - menggunting dan menempel
   - mengancing baju
   - mengikat tali sepatu
   - melipat
g. Terapi Perilaku
   Terapi perilaku adalah terapi psikologis singkat bertarget yang lebih menangani gambaran terkini berbagai gangguan ketimbangan, mengurusi perkembangan sebelumnya. Terapi ini didasarkan pada teori pembelajaran perilakuPenilaian objektif berkelanjutan mengenai kemajuan pasien dibuat.

F. Terapi Aktifitas Kelompok (TAK) yang sesuai dengan Klien HDR

Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) yang cocok untuk kasus di atas "Terapi Aktivitas Kelompok Stimulus Presepsi" peningkatan harga diri. Karena TAK penigkatan harga diri merupakan upaya untuk meningkatkan harga dirinya bagi pasien menarik diri yang harga

dirinya rendah.TAK peningkatan harga diri memiliki tujuan untuk menerima dirinya sendiri dengan penuh kepercayaan, menghargai dirinya, dan menilai positif diri sendiri. Adapun sesi-sesi dalam TAK peningkatan harga diri yaitu sebagai berikut:

1. Sesi I: Identifikasi hal positif pada diri
   Tujuan:
   1. Klien dapat mengetahui pentingnya menghargai diri sendiri.
   2. Klien dapat mengidentifikasi hal positif diri.
2. Sesi II: Menghargai hal positif orang lain
   Tujuan:
   1. Klien dapat memahami pentingnya menghargai orang lain.
   2. Klien dapat mengidentifikasi hal-hal positif orang lain.
   3. Klien dapat memberikan umpan balik positif kepada orang lain.
3. Sesi III: menetapkan tujuan hidup yang realistis
   1. Klien mengetahui pentingnya menetapkan tujuan hidup.
   2. Klien menetapkan tujuan yang realistis.

G. Terapi Aktifitas Kelompok Stimulasi Persepsi (TAKSP) Peningkatan Harga Diri

1. Deskripsi

Harga diri rendah merupakan perasaan negatif terhadap diri sendiri, hilangnya kepercayaan diri dan gagal mencapai tujuan yang diekspresikan secara langsung maupun tidak langsung, penurunan diri ini dapat bersifat situasional maupun kronis atau menahun.

2. Tujuan

1. Tujuan umum: Peserta TAK mampu meningkatkan kepercayaan dirinya dan hubungan interpersonal anggota kelompok, berkomunikasi, mampu berinteraksi dan berhubungan sosial secara bertahap
2. Tujuan khusus:
   1) Klien dapat mengidentifikasi pengalaman yang tidak menyenangkan
   2) klien dapat mengidentifikasi hal positif pada dirinya.
   3) Klien dapat memahami pentingnya menghargai orang lain
   4) Klien dapat mengidentifikasi hal – hal positif orang lain
   5) Klien dapat memberikan umpan balik positif kepada orang lain
   6) Klien mengetahui pentingnya menetapkan tujuan hidup.
   7) Klien menetapkan tujuan hidup yang realistis

3. Klien

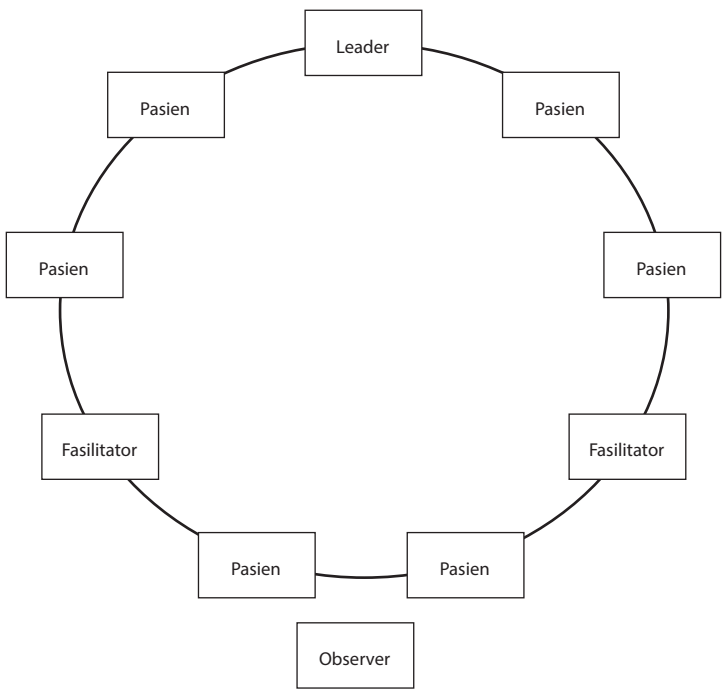
1. Karakterisitik/kriteria: Klien yang mengikuti TAK ini adalah yang mengalami gangguan harga diri rendah (HDR)
2. Proses seleksi :
   Klien dipilih berdasarkan:
   a. Klien memiliki masalah keperawatan utama yang sama yaitu klien dengan gangguan harga diri rendah (HDR)
   b. Klien tenang dan kooperatif
   c. Klien dalam kondisi fisik yang baik
   d. Klien mau mengikuti terapi aktivitas
   e. Klien yang panca indranya masih memungkinkan

4. Pengorganisasian

a. Waktu : 1 x 60 menit
   Tanggal :
   Hari :
   Jam : 08.00-09.00 WIB
b. Tim terapis
   1. Leader
      Bertugas:
      a. Memimpin jalannya acara terapi aktivitas kelompok
      b. Memperkenalkan anggota terapi aktivitas kelompok
      c. Menetapkan jalannya tata tertib
      d. Menjelaskan tujuan diskusi
      e. Dapat mengambil keputusan dengan menyimpulkan hasil diskusi pada kelompok terapi diskusi tersebut .
      f. Kontrak waktu
      g. Menimpulkan hasil kegiatan
      h. Menutup acara
   2. Co leader
      Bertugas:
      a. Mendampingi leader jika terjadi bloking
      b. Mengoreksi dan mengingatkan leader jika terjadi kesalahan
      c. Bersama leader memecahkan penyelesaian masalah
   3. Observer
      Bertugas:
      a. Mengobservasi persiapan dan pelaksanaan TAK dari awal sampai akhir
      b. Mencatat semua aktifitas dalam terapi aktifitas kelompok
      c. Mengobservasi perilaku pasien

4. Vasilitator
   Bertugas:
   a. Membantu klien meluruskan dan menjelaskan tugas yang harus dilakukan
   b. Mendampingi peserta TAK
   c. Memotivasi klien untuk aktif dalam kelompok
   d. Menjadi contoh bagi klien selama kegiatan
5. Anggota
   Bertugas: Menjalankan dan mengikuti kegiatan terapi

c. Metode dan media
   a) Metode
      1. Diskusi
      2. Permainan
   b) Alat:
      1. Spidol sebanyak jumlah klien yang mengikuti TAK.
      2. Kertas putih HVS dua kali jumlah klien yang mengikuti TAK.
   c) Setting:
      1. Terapis dan klien duduk bersama dalam lingkaran.
      2. Ruangan nyaman dan tenang.



d. Sesi
   1. SESI I: mengidentifikasi hal positif dari diri sendiri
   2. SESI II: Menghargai Hal Positif Orang Lain
   3. SESI III: Menetapkan Tujuan Hidup Yang Realistis

e. Pembagian Tugas

Leader :
Co Leader :
Observer :
Fasilitator : 1.
2.

5. Proses Pelaksanaan

1. Persiapan
   a. Merancang tujuan, metode pelaksanaan dan setting tempat
   b. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan
   c. Memilih klien sesuai dengan indikasi
   d. Membuat kontrak dengan klien.
2. Orientasi
   a. Salam terapiutik
      1. Salam dari terapis kepada klien.
      2. Perkenalkan nama dan panggilan terapis (pakai papan nama).
      3. Menanyakan nama dan panggilan semua klien (beri papan nama).
   b. Evaluasi/validasi
      Menanyakan perasaan klien saat ini.
   c. Kontrak
      1. Terapis menjelaskan tujuan kegiatan,
      2. Terapis menjelaskan aturan main berikut:
         a. Jika ada klien yang ingin meninggalkan kelompok, harus meminta izin kepada terapis.
         b. Lama kegiatan 45 menit.
         c. Setiap klien mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai.
      3. Tahap kerja
         a. Terapis memperkenalkan diri: nama lengkap dan nama panggilan serta memakai papan nama.
         b. Terapis membagikan kertas dan spidol kepada klien.
         c. Langkah kegiatan sesuai dengan tujuan TAK
         d. Terapis member pujian pada setiap peran serta klien.

4. Tahap terminasi.
   a. Evaluasi
      1. Terapis menanyakan perasaan klien setelah mengikuti TAK
      2. Terapis memberikan pujian atas keberhasilan kelompok.
   b. Tindak lanjut.
      Terapis meminta klien menulis hal positif lain yang belum tertulis.
   c. Kontrak yang akan datang.
      1. Menyepakati TAK yang akan datang yang dapat diterapkan di rumah sakit dan di rumah.
      2. Menyepakati waktu dan tempat.

6. Evaluasi dan Dokumentasi

1) Evaluasi
Evaluasi dilakukan saat proses TAK berlangsung, khususnya pada tahap kerja. Aspek yang dievaluasi adalah kemampuan klien sesuai dengan tujuan TAK. Contoh formulir evaluasi sebagai berikut:

No	Aspek yang Dinilai	Nama Peserta TAK							
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

Petunjuk:
1. Tulis nama panggilan klien yang ikut TAK pada kolom nama.
2. Untuk tiap klien, beri penilaian tentang kemampuan membaca ulang daftar positif dirinya, memilih satu hal positif untuk dilatih dan memperagakan kegiatan positif tersebut. Beri tanda (√) jika klien mampu dan tanda (X) jika klien tidak mampu.

2) Dokumentasi
Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki klien saat TAK pada catatn proses keperawatan tiap klien. Contoh: klien mengikuti sesi 2, TAK stimulasi persepsi: harga diri rendah. Klien telah melatih merapikan tempat tidur. Anjurkan dan jadwalkan agar klien melakukannya serta berikan pujian.

BAB 19

Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Isolasi Sosial

A. Latar Belakang

Setiap individu mempunyai potensi untuk terlibat dalam hubungan social pada berbagai tingkat hubungan yaitu dari hubungan intim biasa sampai hubungan saling ketergantungan. Keintiman dan saling ketergantungan dalam menghadapi dan mengatasi berbagai kebutuhan setiap hari.Individu tidak akan mampu memenuhi kebutuhan hidupnya tanpa adanya hubungan dengan lingkungan social. Oleh karena itu individu perlu membina hubungan interpersonal yang memuaskan.

Kepuasan hubungan dapat dicapai jika individu terlibat secara aktif dalam proses berhubungan.Peran serta yang tinggi dalam berhubungan disertai respon lingkungan yang positif akan meningkatkan rasa memiliki, kerja sama, hubungan timbal balik yang sinkron (Stuart and Sundeen 1996, Peran serta dalam proses hubungan dapat berfluktuasi sepanjang rentang tergantung (dependent) dan mandiri (Independent) artinya suatu saat individu tergantung pada orang lain dan suatu saat orang lain tergantung pada individu. Pemutusan proses hubungan terkait erat dengan ketidakmampuan individu terhadap proses hubungan yang disebabkan oleh kurangnya peran serta, respon lingkungan yang negatif. Kondisi ini dapat mengembangkan rasa tidak percaya dan keinginan untuk menghindar dari orang lain (tidak percaya pada orang lain).

B. Pengertian Isolasi Sosial

Isolasi sosial adalah keadaaan dimana seorang individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain di sekitarnya. Pasien mungkin

merasa di tolak, tidak di terima kesepian , dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain (Kelliat, 2006). Gangguan dalam berhubungan yang merupakan mekanisme individu terhadap sesuatu yang mengancam dirinya dengan cara menghindar interaksi dengan orang lain dan lingkungan.

Isolasi sosial adalah pengalaman kesendirian seorang individu yang diterima sebagai perlakuan dari orang lain serta sebagai kondisi yang negatif atau mengancam. Isolasi sosial adalah individu yang mengalami ketidak mampuan untuk mengadakan hubungan dengan orang lain dan dengan lingkungan sekitarnya secara wajar dalam khalayaknya sendiri yang tidak realistis. Menarik diri merupakan reaksi yang ditampilkan individu yang dapat berupa reaksi fisik maupun psikologis. Reaksi fisik yaitu individu pergi atau menghindari stressor. Sedangkan reaksi psikologis yaitu individu menunjukan perilaku apatis mengisolasi diri, tidak berminat, sering disertai rasa takut dan permusuhan (Rasmun, 2001).

Isolasi sosial merupakan upaya klien untuk menghindari interaksi dengan orang lain, menghindari hubungan dengan orang lain maupun komunikasi dengan orang lain. Penarikan diri atau withdrawal merupakan suatu tindakan melepaskan diri, baik perhatian maupun minatnya terhadap lingkungan sosial secara langsung yang dapat bersifat sementara atau menetap.

C. Proses Terjadinya Masalah

1. Etiologi

Isolasi sosial menarik diri sering disebabkan oleh karena kurangnya rasa percaya pada orang lain, perasaan panik, regresi ke tahap perkembangan sebelumnya, waham, sukar berinteraksi dimasa lampau, perkembangan ego yang lemah serta represi rasa takut. Menurut Stuart & Sundeen, Isolasi sosial disebabkan oleh gangguan konsep diri rendah.

1) Faktor predisposisi
   a. Faktor perkembangan
      Kemampuan membina hubungan yang sehat tergantung dari pengalaman selama proses tumbuh kembang. Setiap tahap tumbuh kembang memilki tugas yang harus dilalui individu dengan sukses, karna apabila tugas perkembangan ini tidak terpenuhi akan menghambat perkembangan selanjutnya, kurang stimulasi kasih sayang,perhatian dan kehangatan dari ibu (pengasuh) pada bayi akan membari rasa tidak aman yang dapat menghambat terbentuknya rasa percaya.
   b. Faktor biologi
      Genetik adalah salah satu faktor pendukung ganguan jiwa, faktor genetik dapat menunjang terhadap respon sosial maladaptive ada bukri terdahulu tentang terlibatnya neurotransmitter dalam perkembangan ganguan ini namun tahap masih diperlukan penelitian lebih lanjut

c. Faktor sosial budaya
Faktor sosial budaya dapat menjadi faktor pendukung terjadinya ganguan dalm membina hubungan dengan orang lain, misalnya angota keluarga, yang tidak produktif, diasingkan dari orang lain.

d. Faktor komunikasi dalam keluarga
Pola komunikasai dalam keluarga dapat mengantarkan seseorang kedalam ganguan berhubungan bila keluarga hanya mengkounikasikan hal-hal yang negatif akan mendorong anak mengembangkan harga diri rendah.

2) Faktor presipitasi
Stressor pencetus pada umumnya mencakup kejadian kehidupan yang penuh stress seperti kehilangan yang mempengaruhi kemampuan indifidu untuk brhubungan dengan orang lain dan menyebabkan ansietas.

a. Faktor Nature (alamiah)
Secara alamiah, manusia merupakan makhluk holistic yang terdiri dari dimensi bio-psiko-sosial dan spiritual. Oleh karena itu meskipun stressor presipitasi yang sama tetapi apakah berdampak pada gangguan jiwa atau kondisi psikososial tertentu yang maladaptive dari individu, sangat bergantung pada ketahanan holistic individu tersebut.

b. Faktor Origin (sumber presipitasi)
Demikian juga dengan factor sumber presipitasi, baik internal maupun eksternal yang berdampak pada psikososial seseorang. Hal ini karena manusia bersifat unik.

c. Faktor Timing
Setiap stressor yang berdampak pada trauma psikologis seseorang yang berimplikasi pada gangguan jiwa sangat ditentukan oleh kapan terjadinya stressor, berapa lama dan frekuensi stressor.

d. Faktor Number (Banyaknya stressor)
Demikian juga dengan stressor yang berimplikasi pada kondisi gangguan jiwa sangat ditentukan oleh banyaknya stressor pada kurun waktu tertentu. Misalnya, baru saja suami meninggal, seminggu kemudian anak mengalami cacad permanen karena kecelakaan lalu lintas, lalu sebulan kemudian ibu kena PHK dari tempat kerjanya (Suryani, 2005).

e. Appraisal of Stressor (cara menilai predisposisi dan presipitasi)
Pandangan setiap individu terhadap factor predisposisi dan presipitasi yang dialami sangat tergantung pada:

1) Faktor kognitif: Berhubungan dengan tingkat pendidikan, luasnya pengetahuan dan pengalaman.
2) Faktor Afektif: Berhubungan dengan tipe kepribadian seseorang. Tipe kepribadian introvert bersifat: Tertutup, suka memikirkan diri sendiri, tidak terpengaruh pujian, banyak fantasi, tidak tahan keritik, mudah tersinggung,

menahan ekspresi emosinya, sukar bergaul, sukar dimengerti orang lain, suka membesarkan kesalahannya dan suka keritik terhadap diri sendiri.Tipe kepribadian extrovert bersifat: Terbuka, licah dalam pergaulan, riang, ramah, mudah berhubungan dengan orang lain, melihat realitas dan keharusan, kebal terhadap keritik, ekspresi emosinya spontan, tidak begitu merasakan kegagalan dan tidak banyak mengeritik diri sendiri. Tipe kepribadian ambivert dimana seseorang memiliki kedua tipe kepribadian dasar tersebut sehingga sulit untuk menggolongkan dalam salah satu tipe.

f. Faktor Physiological

Kondisi fisik seperti status nutrisi, status kesehatan fisik, factor kecacadan atau kesempurnaan fisik sangat berpengaruh bagi penilaian seseorang terhadap stressor predisposisi dan presipitasi.

g. Faktor Bahavioral

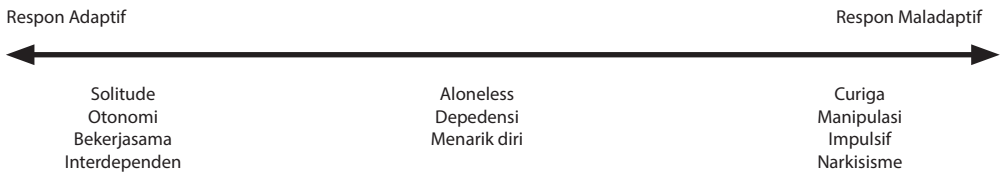
Pada dasarnya perilaku seseorang turut mempengaruhi nilai, keyakinan, sikap dan keputusannya. Oleh karena itu, factor perilaku turut berperan pada seseorang dalam menilai factor predisposisi dan presipitasi yang dihadapinya. Misalnya, seorang peminum alcohol, dalam keadaan mabuk akan lebih emosional dalam menghadapi stressor.Demikian juga dengan perokok atau penjudi, dalam menilai stressor berbeda dengan seseorang yang taat beribadah.

h. Faktor Sosial

Manusia merupakan makhluk social yang hidupnya saling bergantung antara satu dengan lainnya. Menurut Luh Ketut Suryani (2005), kehidupan kolektif atau kebersamaan berperan dalam pengambilan keputusan, adopsi nilai, pembelajaran, pertukaran pengalaman dan penyelenggaraan ritualitas. Dengan demikian, dapat diasumsikan bahwa factor kolektifitas atau kebersamaan berpengaruh terhadap cara menilai stressor predisposisi dan presipitasi.

2. Rentang Respon

Menurut Stuart Sundeen rentang respons klien ditinjau dan interaksinya dengan lingkungan sosial merupakan suatu kontinum yang terbentang antara respons adaptif dengan maladaptip sebagai berikut:



Terdapat dua respon yang dapat terjadi pada isolasi sosial, yakni:

a. Respons Adaptif

Merupakan suatu respons yang masih dapat diterima oleh norma -norma sosial dan kebudayaan secara umum yang berlaku dengan kata lain individu tersebut masih dalam batas normal ketika menyelesaikan masalah.

1) Menyendiri (solitude)
   Merupakan respons yang dibutuh seseorang untuk merenungkan apa yang telah terjadi di lingkungan sosialnya (instropeksi).
2) Otonomi
   Merupakan kemampuan individu untuk menentukan dan menyampaikan ide, pikiran, dan perasaan dalam hubungan sosial.
3) Bekerja sama
   Merupakan kemampuan individu yang saling membutuhkan satu sama lain serta mampu untuk memberi dan menerima.
4) Interdependen
   Merupakan saling ketergantungan antara individu dengan orang lain dalam membina hubungan interpersonal.

b. Respon Maladaptif

Merupakan suatu respons yang menyimpang dari norma sosial dan kehidupan disuatu tempat, perilaku respons maladaptif, yakni meliputi:

1) Menarik diri
   Merupakan keadaan dimana seseorang yang mengalami kesulitan dalam membina hubungan secara terbuka dengan orang lain.
2) Ketergantungan
   Merupakan keadaan dimana seseorang gagal mengembangkan rasa percaya dirinya sehingga tergantung dengan orang lain.
3) Manipulasi
   Merupakan hubungan sosial yang terdapat pada individu yang menganggap orang lain sebagai objek dan berorientasi pada diri sendiri atau pada tujuan, bukan berorientasi pada orang lain. Individu tidak dapat membina hubungan sosial secara mendalam.
4) Curiga
   Merupakan keadaan dimana seseorang gagal mengembangkan rasa percaya diri terhadap orang lain.
5) Impulsif
   Keidakmampuan merencanakan sesuatu, tidak mampu belajar dari pengalaman, tidak dapat diandalkan, mmpunyai penilaian yang buruk dan cenderung memaksakan kehendak.

6) Narkisisme

Harga diri yang rapuh, secara terus menerus berusaha mendapatkan penghargaan dan pujian, memiliki sikap egosentris, pence,buru dan marah jika orang lain tidak mendukung.

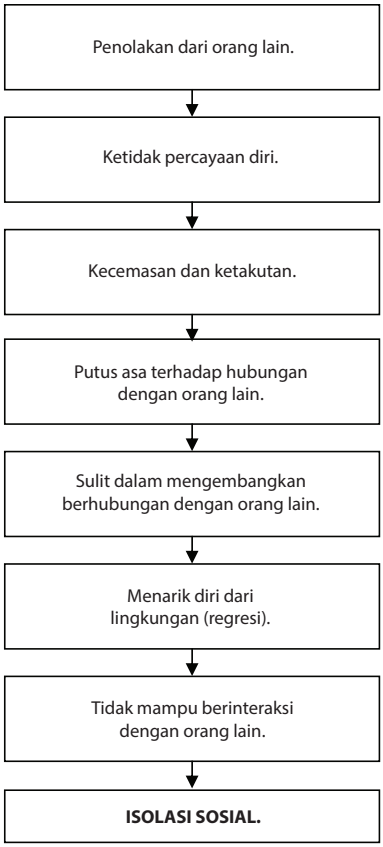
3. Mekanisme koping

Individu yang mengalami respon sosial maladaptive menggunakan berbagai mekanisme dalam upaya untuk mengatasi ansietas. Mekanisme tersebut berkaitan denga dua jenis masalah hubungan yang spesifik. Koping yang berhubungan dengan gangguan kepribadian antisocial antara lain proyeksi, splitting dan merendahkan orang lain, koping yang berhubungan dengan gangguan kepribadian ambang splitting, formasi reaksi, proyeksi, isolasi, idealisasi orang lain, merendahkan orang lain dan identifikasi proyektif.

4. Sumber koping

Menurut Stuart, 2006, sumber koping yang berhubungan dengan respon social maladaptif meliputi keterlibatan dalam hubungan keluarga yang luasan teman, hubungan dengan hewan peliharaan dan penggunaan kreatifitas untuk mengekspresikan stress interpersonal missal, kesenian, music atau tulisan.

5. Pathway Isolasi Sosial



6. Tanda dan gejala
    1. Gejala Subjektif:
        a. Klien menceritakan perasaan kesepian atau ditolak oleh orang lain.
        b. Klien merasa tidak aman berada dengan orang lain.
        c. Respons verbal kurang dan sangat singkat.
        d. Klien mengatakan hubungan yang tidak berarti dengan orang lain.
        e. Klien lambat menghabiskan waktu.
        f. Klien tidak mampu berkonsentrasi dan membuat keputusan.
        g. Klien tidak yakin dapat melangsungkan hidup.
        h. Klien merasa ditolak.
        i. Menggunakan kata - kata simbolik
    2. Gejala Objektif
        a. Klien banyak diam dan tidak mau bicara.
        b. Tidak mengikuti kegiatan.
        c. Banyak berdiam diri di kamar.
        d. Klien menyendiri dan tidak mau berinteraksi dengan orang yang terdekat.
        e. Klien tampak sedih, ekspresi datar dan dangkal.
        f. Kontak mata kurang.
        g. Kurang spontan.
        h. Apatis (acuh terhadap Iingkungan).
        i. Ekspresi wajah kurang berseri.
        j. Tidak merawat diri dan tidak memperhatikan kebersihan diri
        k. Mengisolasi diri
        l. Tidak atau kurang sadar terhadap lingkungan sekitarnya
        m. Masukan makanan dan minuman terganggu
        n. Aktivitas menurun
        o. Kurang energi (tenaga)
        p. Postur tubuh berubah, misatnya sikap fetus/janin (khususnya pada posisi tidur)

Menurut Townsend & Carpenito, isolasi sosial menarik diri sering ditemukan adanya tanda dan gejala sebagai berikut:

1. Data subjektif:
    a. Mengungkapkan perasaan penolakan oleh lingkungan
    b. Mengungkapkan keraguan tentang kemampuan yang dimiliki
2. Data objektif:
    1. Tampak menyendiri dalam ruangan
    2. Tidak berkomunikasi, menarik diri
    3. Tidak melakukan kontak mata
    4. Tampak sedih, afek datar
    5. Posisi meringkuk di tempat tidur dengang punggung menghadap ke pintu

6. Adanya perhatian dan tindakan yang tidak sesuai atau imatur dengan perkembangan usianya
7. Kegagalan untuk berinterakasi dengan orang lain didekatnya
8. Kurang aktivitas fisik dan verbal
9. Tidak mampu membuat keputusan dan berkonsentrasi
10. Mengekspresikan perasaan kesepian dan penolakan di wajahnya

D. Proses Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri dari pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah klien. Data yang dikumpulkan melalui data biologis, psikologis, social dan spiritual. Isolasi sosial adalah keadaan seorang individual yang mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain disekitarnya. Pasien mungkin merasa ditolak, tidak diterima, kesepian, dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain.

Untuk mengkaji pasien isolasi social dapat menggunakan wawancara dan observasi kepada pasien dan keluarga. Pertanyaan berikut dapat ditanyakan pada waktu wawancara untuk mendapatkan data subjektif:

a) Bagaimana pendapat pasien terhadap orang-orang disekitar (keluarga atau tetangga)?
b) Apakah pasien punya teman dekat? Bila punya siapa teman dekat itu?
c) Apa yang membuat pasien tidak memiliki orang terdekat dengannya?
d) Apa yang pasien inginkan dari orang-orang disekitarnya?
e) Apakah ada perasaan tidak aman yang dialami oleh pasien?
f) Apa yang menghambat hubungan harmonis antara pasien dengan orang-orang di sekitarnya?
g) Apakah pasien merasa bahwa waktu begitu lama berlalu?
h) Apakah pernah ada perasaan ragu untuk melanjutkan kehidupan?

Adapun isi dari pengkajian tersebut adalah:

1) Identitas klien
   Melakukan perkenalan dan kontrak dengan klien tentang: nama mahasiswa, nama panggilan, nama klien, nama panggilan klien, tujuan, waktu, tempat pertemuan, topik yang akan dibicarakan. Tanyakan dan catat usia klien dan No RM, tanggal pengkajian dan sumber data yang didapat.
2) Alasan masuk
   Apa yang menyebabkan klien atau keluarga datang, atau dirawat di rumah sakit, biasanya berupa menyendiri (menghindar dari orang lain), komunikasi kurang atau tidak ada, berdiam diri di kamar, menolak interaksi dengan orang lain, tidak melakukan kegiatan

sehari-hari, dependen, perasaan kesepian, merasa tidak aman berada dengan orang lain, merasa bosan dan lambat menghabiskan waktu, tidak mampu berkonsentrasi, merasa tidak berguna dan merasa tidak yakin dapat melangsungkan hidup. Apakah sudah tahu penyakit sebelumnya, apa yang sudah dilakukan keluarga untuk mengatasi masalah ini.

3) Faktor predisposisi

Menanyakan apakah keluarga mengalami gangguan jiwa, bagaimana hasil pengobatan sebelumnya, apakah pernah melakukan atau mengalami kehilangan, perpisahan, penolakan orang tua, harapan orang tua yang tidak realistis, kegagalan atau frustrasi berulang, tekanan dari kelompok sebaya, perubahan struktur social, terjadi trauma yang tiba-tiba misalnya harus di operasi, kecelakaan, perceraian, putus sekolah, PHK, perasaan malu karena sesuatu yang terjadi (korban perkosaan, dituduh KKN, dipenjara tiba-tiba), mengalami kegagalan dalam pendidikan maupun karier, perlakuan orang lain yang tidak menghargai klien atau perasaan negative terhadap diri sendiri yang berlangsung lama.

Faktor-faktor predisposisi terjadinya gangguan hubungan sosial, adalah:

1. Faktor Perkembangan

   Pada setiap tahapan tumbuh kembang individu ada tugas perkembangan yang harus dilalui individu dengan sukses agar tidak terjadi gangguan dalam hubungan sosial. Tugas perkembangan pada masing-masing tahap tumbuh kembang ini memiliki karakteristik sendiri. Apabila tugas ini tidak terpenuhi, akan mencetuskan seseorang sehingga mempunyai masalah respon social maladaktif. System keluarga yang terganggu dapat menunjang perkembangan respon social maladaktif. Beberapa orang percaya bahwa individu yang mempunyai masalah ini adalah orang yang tidak berhasil memisahkan dirinya dan orang tua. Norma keluarga yang tidak mendukung hubungan keluarga dengan pihak lain diluar keluarga.

2. Faktor Biologis

   Genetic merupakan salah satu factor pendukung gangguan jiwa. Berdasarkan hasil penelitian, pada penderita skizofrenia 8% kelainan pada struktur otak, seperti atrofi, pembesaran ventrikel, penurunan berat dan volume otak serta perubahan struktur lmbik diduga dapat menyebabkan skizofrenia.

3. Faktor Sosial Budaya

   Isolasi sosial merupakan faktor dalam gangguan berhubungan. Ini akibat dan norma yang tidak mendukung pendekatan terhadap orang lain, atau tidak menghargai anggota masyarakat yang tidak produktif, seperti lansia, orang cacat, dan penyakit kronik. Isolasi dapat terjadi karena mengadopsi norma, perilaku, dan system nilai yang berbeda dan kelompok budaya mayoritas. Harapan yang tidak realistis terhadap hubungan merupakan factor lain yang berkaitan dengan gangguan ini.

4. Faktor Komunikasi

   Dalam Keluarga Gangguan komunikasi dalam keluarga merupakan factor pendukung untuk terjadinya gangguan dalam berhubungan sosial. Dalam teori

ini termasuk masalah komunikasi yang tidak jelas yaitu suatu keadaan dimana seseorang anggota keluarga menerima pesan yang saling bertentangan dalam waktu bersamaan, ekspresi emosi yang tinggi dalam keluarga yang menghambat untuk berhubungan dengan lingkungan di luar keluarga.

4) Stressor Presipitasi
   Stressor presipitasi umumnya mencakup kejadian kehidupan yang penuh stress seperti kehilangan, yang mempengaruhi kemampuan individu untuk berhubungan dengan orang lain dan menyebabkan ansietas. Stressor presipitasi dapat dikelompokkan dalam kategori:
   1. Stressor Sosial Budaya
      Stress dapat ditimbulkan oleh beberapa factor antara factor lain dan factor keluarga seperti menurunnya stabilitas unit keluarga dan berpisah dari orang yang berarti dalam kehidupannya, misalnya dirawat di rumah sakit.
   2. Stressor Psikologis
      Tingkat kecemasan yang berat akan menyebabkan menurunnya kemampuan individu untuk berhubungan dengan orang lain. Intensitas kecemasan yang ekstrim dan memanjang disertai terbatasnya kemampuan individu mengatasi masalah diyakini akan menimbulkan berbagai masalah gangguan berhubungan (isolasi sosial).
5) Pemeriksaan fisik
   Memeriksa tanda-tanda vital, tinggi badan, berat badan, dan tanyakan apakah ada keluhan fisik yang dirasakan klien.
6) Psikososial
   a) Genogram
      Genogram menggambarkan klien dengan keluarga, dilihat dari pola komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh.
   b) Konsep diri
      a. Gambaran diri
         Tanyakan persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi klien terhadap bagian tubuh yang tidak disukai dan bagian yang disukai. Pada klien dengan isolasi social, klien menolak melihat dan menyentuh bagian tubuh yang berubah atau tidak menerima perubahan tubuh yang telah terjadi atau yang akan terjadi, menolak penjelasan perubahan tubuh, persepsi negative tentang tubuh, preokupasi dengan bagian tubuh yang hilang, mengungkapkan perasaan keputusasaan, mengungkapkan ketakutan.
      b. Identitas diri
         Klien dengan isolasi social mengalami ketidakpastian memandang diri, sukar menetapkan keinginan dan tidak mempu mengambil keputusan.
      c. Fungsi peran
         Tugas atau peran klien dalam keluarga/pekerjaan/kelompok masyarakat, kemampuan klien dalam melaksanakan fungsi atau perannya, dan bagaimana

perasaan klien akibat perubahan tersebut. Pada klien dengan isolasi social bisa berubah atau berhenti fungsi peran yang disebabkan penyakit, proses menuah, putus sekolah, PHK, perubahan yang terjadi saat klien sakit dan dirawat.

d. Ideal diri

Harapan klien terhadap keadaan tubuh yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan atau sekolah, harapan klien terhadap lingkungan, harapan klien terhadap penyakitnya, bagaimana jika kenyataan tidak sesuai dengan harapannya. Pada klien dengan isolasi social cenderung mengungkapkan keputusasaan karena penyakitnya, mengungkapkan keinginan yang terlalu tinggi.

e. Harga diri

Perasaan malu terhadap diri sendiri, rasa bersalah terhadap diri sendiri, gangguan hubungan social, merendahkan martabat, mencederai diri, dan kurang percaya diri.

c) Hubungan sosial

Dalam setiap interaksi dengan klien, perawat harus menyadari luasnya dunia kehidupan klien. Siapa orang yang berarti dalam kehidupan klien, tempat mengadu, bicara, minta bantuan atau dukungan baik secara material maupun non-material. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarkat sosial apa saja yang diikuti dilingkungannya. Pada penderita ISOS perilaku sosial terisolasi atau sering menyendiri, cenderung menarik diri dari lingkungan pergaulan, suka melamun, dan berdiam diri. Hambatan klien dalam menjalin hubungan sosial oleh karena malu atau merasa adanya penolakan oleh orang lain.

d) Spiritual

Nilai dan keyakinan, kegiatan ibadah/menjalankan keyakinan, kepuasan dalam menjalankan keyakinan.

7) Status mental

1. Penampilan

Melihat penampilan klien dari ujung rambut sampai ujung kaki. Pada klien dengan isolasi social megalami defisit perawatan diri (penampilan tidak rapi. penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak seperti biasanya, rambut kotor, rambut seperti tidak pernah disisr, gigi kotor dan kuning, kuku panjang dan hitam).

2. Pembicaraan

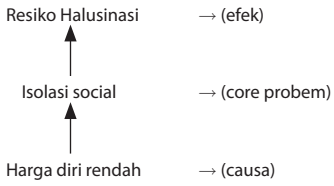
Tidak mampu memulai pembicaraan, berbicara hanya jika ditanya. Cara berbicara digambarkan dalm frekuensi (kecepatan, cepat/lambat) volume (keras/lembut) jumlah (sedikit, membisu, ditekan) dan karakteristiknya (gugup, kata-kata bersambung, aksen tidak wajar). Pada pasien isolasi sosial bisa ditemukan cara berbicara yang pelan (lambat, lembut, sedikit/membisu, dan menggunakan kata-kata simbolik).

3. Aktivitas motorik
   Klien dengan isolasi social cenderung lesu dan lebih sering duduk menyendiri, berjalan pelan dan lemah. Aktifitas motorik menurun, kadang ditemukan hipokinesia dan katalepsi.
4. Afek dan Emosi
   Klien dengan isolasi social cenderung datar (tidak ada perubahan roman muka pada saat ada stimulus yang menyenangkan atau menyedihkan) dan tumpul (hanya bereaksi bila ada stimulus emosi yang sangat kuat).
5. Interaksi selama wawancara
   Klien dengan isolasi social kontak mata kurang (tidak mau menatap lawan bicara), merasa bosan dan cenderung tidak kooperatif (tidak konsentrasi menjawab pertanyaan pewawancara dengan spontan). Emosi ekspresi sedih dan mengekspresikan penolakan atau kesepian kepada orang lain.
6. Persepsi–Sensori
   Klien dengan isolasi social berisiko mengalami gangguan sensori/persepsi halusinasi.
7. Proses Pikir
   a. Proses pikir
      Arus: bloking (pembicaraan terhenti tiba-tiba tanpa gangguan dari luar kemudian dilanjutkan kembali).
      Bentuk pikir: Otistik (autisme) yaitu bentuk pemikiran yang berupa fantasi atau lamunan untuk memuaskan keinginan yang tidak dapat dicapainya. Hidup dalam pikirannya sendiri, hanya memuaskan keinginannya tanpa perduli sekitarnya, menandakan ada distorsi arus assosiasi dalam diri klien yang dimanifestasikan dengan lamunan yang cenderung menyenangkan dirinya.
   b. Isi fikir
      Social isolation (pikiran isolasi sosial) yaitu isi pikiran yang berupa rasa terisolasi, tersekat, terkucil, terpencil dari lingkungan sekitarnya/masyarakat, merasa ditolak, tidak disukai orang lain, dan tidak enak berkumpul dengan orang lain sehingga sering menyendiri.
8. Tingkat Kesadaran
   Pada klien dengan isolasi social cenderung bingung, kacau (perilaku yang tidak mengarah pada tujuan), dan apatis (acuh tak acuh).
9. Memori
   Klien tidak mengalami gangguan memori, dimana klien sulit mengingat hal-hal yang telah terjadi oleh karena menurunnya konsentrasi.
10. Tingkat Konsentrasi dan berhitung
    Pada klien dengan isolasi social tidak mampu berkonsentrasi: klien selalu minta agar pertanyaan diulang karena tidak menangkap apa yang ditanyakan atau tidak dapat menjelaskan kembali pembicaraan.

11. Daya Tilik
    Pada klien dengan isolasi social cenderung mengingkari penyakit yang diderita: klien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu minta pertolongan/klien menyangkal keadaan penyakitnya, klien tidak mau bercerita tentang penyakitnya.

8) Koping penyelesaian masalah
   Mekanisme yang sering digunakan pada isolasi sosial adalah regresi, represi, dan isolasi.
   1. Regresi adalah mundur kemasa perkembangan yang telah lain.
   2. Represi adalah perasaan-perasaan dan pikiran-pikiran yang tidak dapat diterima, secara sadar dibendung supaya jangan tiba di kesadaran.
   3. Isolasi adalah mekanisme mental tidak sadar yang mengakibatkan timbulnya kegagalan defensif dalam menghubungkan perilaku dengan motivasi atau pertentangan antara sikap dan perilaku.

2. Pohon Masalah



3. Diagnosa Keperawatan

1) Isolasi sosial
2) Harga diri rendah kronis
3) Perubahan Persepsi Sensori: Halusinasi
4) Koping individu tidak efektif
5) Intoleran aktivitas
6) Defisit perawatan diri

4. Nursing Care Plane (NCP)

Rencana Keperawatan Klien dengan Isolasi Sosial

Perencanaan			
Tujuan	**kriteria hasil**	**Intervensi**	**Rasional**
Tujuan umum: Klien dapat berinteraksi dengan orang lain	.		

Perencanaan			
Tujuan	**kriteria hasil**	**Intervensi**	**Rasional**
TUK I: Klien dapat membina hubungan saling percaya.	Kriteria evaluasi: Klien dapat mengungkapkan perasaan dan keberadaannya secara verbal. - Klien mau menjawab salam. - Klien mau berjabat tangan. - Klien mau menjawab pertanyaan. - Ada kontak mata. - Klien mau duduk berdampingan dengan perawat.	1.1 Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik. a. Sapa klien dengan ramah, baik verbal maupun non verbal. b. Perkenalkan diri dengan sopan. c. Tanya nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien. d. Jelaskan tujuan pertemuan. e. jujur dan menepati janji. f. Tunjukan sikap empati dan menerima klien apa adanya. g. Beri perhatian pada klien.	Hubungan saling percaya merupakan langkah awal untuk menentukan keberhasilan rencana selanjutnya.
TUK 2: Klien dapat menyebutkan penyebab menarik diri.	Kriteria evaluasi: Klien dapat menyebutkan penyebab menarik diri yang berasal dari: a. Diri sendiri b. Orang lain c. Lingkungan	a. Kaji pengetahuan klien tentang perilaku menarik diri dan tanda-tandanya. b. Beri kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaan penyebab menarik diri atau tidak mau bergaul. c. Diskusikan bersama klien tentang perilaku menarik diri, tanda dan gejala. d. Berikan pujian terhadap kemampuan klien mengungkapkan perasaanya.	Dengan mengetahui tanda-tanda dan gejala menarik diri akan menentukan langkah intervensi selanjutnya.

Perencanaan			
Tujuan	**kriteria hasil**	**Intervensi**	**Rasional**
TUK 3: Klien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain.	Kriteria evaluasi: • Klien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain, misal banyak teman, tidak sendiri, bisa diskusi, dll. • Klien dapat menyebutkan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain misal: sendiri tidak punya teman, sepi, dll	3.1 Kaji pengetahuan klien tentang keuntungan dan manfaat bergaul dengan orang lain. 3.2 Beri kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaannya tentang keuntungan berhubungan dengan orang lain. 3.3 Diskusikan bersama klien tentang manfaat berhubungan dengan orang lain. 3.4 Kaji pengetahuan klien tentang kerugian bila tidak berhubungan dengan orag lain. 3.5 Beri kesmpatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaan tentang kerugian bila tidak berhubungan dngan orang lain. 3.6 Diskusikan bersama klien tentang kerugian tidak berhubungan dengan orang lain. 3.7 Beri reinforcement positif terhadap kemampuan mengungkapkan perasaan tentang kerugian tidak berhubungan dengan orang lain.	Reinforcemen dapat meningkatkan harga diri.
TUK 4: Klien dapat melaksanankan hubungan sosial secara bertahap.	Kriteria evaluasi: . Klien dapat mendemonstrasikan hubungan sosial secara bertahap:	4.1 Kaji kemampuan klien membina hubungan dengan orang lain. 4.2 Dorong dan bantu klien untuk berhubungan dengan orang lain melalui:	Mengetahui sejauh mana pengetahuan klien tentang berhubungan dengan orang lain.

Perencanaan			
Tujuan	**kriteria hasil**	**Intervensi**	**Rasional**
	a) Klien-perawat b) Klien-perawat-perawat lain c) Klien-perawat-perawat lain-klien lain d) Klien-kelompok kecil Klien-keluarga/ kelompok/masyarakat	• Klien-perawat • Klien-perawat-perawat lain • Klien-perawat-perawat lain-klien lain. • Klien-kelompok kecil • Klien-keluarga/ kelompok/ masyarakat 4.3 Beri reinforcement terhadap keberhasilan yang yang telah dicapai dirumah nanti. 4.4 Bantu klien untuk menevaluasi manfaat berhubungan dengan orang lain. 4.5 Diskusikan jadwal harian yang dapat dilakukan bersama klien dalam mengisi waktu. 4.6 Motivasi klien untuk mengikuti kegiatan Terapi Aktivitas Kelompok sosialisasi. 4.7 Beri reinforcement atas kegiatan klien dalam kegiatan ruangan.	
TUK 5: Klien dapat mengungkapkan perasaanya setelah berhubungan dengan orang lain.	Kriteria evaluasi: Klien dapat mengungkapkan perasaan setelah berhubungan dengan orang lain untuk: • Diri sendiri • Orang lain	5.1 Dorong klien untuk mengungkapkan perasaanya bila berhubungan dengan orang lain. 5.2 Diskusikan dengan klien manfaat berhubungan dengan orang lain. 5.3 Beri reinforcement positif atas kemampuan klien mengungkapkan perasaan manfaat berhubungan dengan orang lain.	Agar klien lebih percaya diri berhubungan dengan orang lain. Mengetahui sejauh mana pengetahuan klien tentang kerugian bila tidak berhubungan dengan orang lain.

Perencanaan			
Tujuan	**kriteria hasil**	**Intervensi**	**Rasional**
TUK 6: Klien dapat memberdayakan sistem pendukung atau keluarga atau keluarga mampu mengembangkan kemampuan klien untuk berhubungan dengan orang lain.	Kriteria evaluasi: Keluarga dapat: a) Menjelaskan perasaannya. b) Menjelaskan cara merawat klien menarik diri. c) Mendemonstrasikan cara perawatan klien menarik diri. d) Berpartisipasi dalam perawatan klien menarik diri.	1.1 BHSP dengan keluarga. • Salam, perkenalan diri. • Sampaikan tujuan. • Membuat kontrak. • Exsplorasi perasaan keluarga. 1.2 Diskusikan dengan anggota keluarga tentang: a. Perilaku menarik diri. b. Penyebab perilaku menarik diri. c. Cara keluarga menghadapi klien yang sedang menarik diri. 1.3 Dorong anggota keluarga untuk memberikan dukungan kepada klien berkomunikasi dengan orang lain. 1.4 Anjurkan anggota keluarga untuk secara rutin dan bergantian mengunjungi klien minimal 1x seminggu 1.5 Beri reinforcement atas hal-hal yang telah dicapai oleh keluarga.	Agar klien lebih percaya diri dan tahu akibat tidak berhubungan dengan orang lain. Mengetahui sejauh mana pengetahuan klien tentang membina hubungan dengan orang lain.

5. Strategi Komunikasi (SP) Berdasarkan Pertemuan

a. SP 1 Pasien:
   1. Identifikasi penyebab:
      a) Siapa yang satu rumah dengan pasien?
      b) Siapa yang dekat dengan pasien? Dan apa sebabnya?
      c) Siapa yang tidak dekat dengan pasien? Apa penyebabnya?

2. Keuntungan dan kerugian berinteraksi dengan orang lain
3. Latihan berkenalan
4. Masukkan jadwal kegiatan pasien

b. SP 2 Pasien
1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien (SP 1).
2. Melatih berhubungan social secara bertahap (pasien dan keluarga)
3. Memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian.

c. SP 3 Pasien
1. Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP 1 dan 2).
2. Latih ADL (Kegiatan sehari –hari), cara bicara.
3. Masukkan dalam kegiatan jadwal klien.

d. SP 1 Keluarga
1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien.
2. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala isolasi sosial serta proses terjadinya.
3. Menjelaskan cara merawat klien dengan isolasi sosial.
4. Bermain peran dalam merawat pasien isolasi sosial (Simulasi)
5. Menyusun RTL keluarga/jadwal keluarga untuk merawat klien.

e. SP 2 Keluarga
1. Evaluasi kemampuan keluarga (SP 1).
2. Melatih keluarga merawat langsung klien dengan isolasi sosial.
3. Menyusun RTL keluarga/jadwal keluarga untuk merawat klien.

f. SP 3 Keluarga
1. Evaluasi kemampuan keluarga (SP 1, 2).
2. Evaluasi kemampuan klien
3. Rencana tindak lanjut keluarga dengan follow up dan rujukan.

6. Implementasi

SP 1 Pasien: Membina hubungan saling percaya, membantu pasien mengenal penyebab isolasi sosial, membantu pasien mengenal keuntungan berhubungan dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain, dan mengajarkan pasien berkenalan

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK)

1. Fase PraInteraksi

Kondisi: Klien tampak menghindar dari orang lain, tidak mau bicara, klien lebih sering menunduk, wajah tampak sedih dan sering menyendiri dikamar dalam posisi meringkuk

Diagnosa Kep: Isolasi Sosial

Tujuan Khusus: TUK 1, 2, 3, 4

Intervensi: SP 1 Pasien

2. Fase Orientasi:

"Selamat pagi "

"Saya H …, Saya senang dipanggil ……, Saya yang akan merawat Ibu."

"Siapa nama Ibu? Senang dipanggil siapa?"

"Apa keluhan S hari ini?" Bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang keluarga dan teman-teman S? Mau dimana kita bercakap-cakap? Bagaimana kalau di ruang tamu? Mau berapa lama, S? Bagaimana kalau 15 menit"

3. Fase Kerja

(Jika pasien baru)

"Siapa saja yang tinggal serumah? Siapa yang paling dekat dengan S? Siapa yang jarang bercakap-cakap dengan S? Apa yang membuat S jarang bercakap-cakap dengannya?"

(Jika pasien sudah lama dirawat)

"Apa yang S rasakan selama S dirawat disini? O.. S merasa sendirian? Siapa saja yang S kenal di ruangan ini"

"Apa saja kegiatan yang biasa S lakukan dengan teman yang S kenal?"

"Apa yang menghambat S dalam berteman atau bercakap-cakap dengan pasien yang lain?"

"Menurut S apa saja keuntungannya kalau kita mempunyai teman ? Wah benar, ada teman bercakap-cakap. Apa lagi ? (sampai pasien dapat menyebutkan beberapa) Nah kalau kerugiannya tidak mampunyai teman apa ya S ? Ya, apa lagi ? (sampai pasien

dapat menyebutkan beberapa) Jadi banyak juga ruginya tidak punya teman ya. Kalau begitu inginkah S belajar bergaul dengan orang lain ?

« Bagus. Bagaimana kalau sekarang kita belajar berkenalan dengan orang lain"

"Begini lho S, untuk berkenalan dengan orang lain kita sebutkan dulu nama kita dan nama panggilan yang kita suka asal kita dan hobi. Contoh: Nama Saya S, senang dipanggil Si. Asal saya dari Bireun, hobi memasak"

"Selanjutnya S menanyakan nama orang yang diajak berkenalan. Contohnya begini: Nama Bapak siapa? Senang dipanggil apa? Asalnya dari mana/Hobinya apa?"

"Ayo S dicoba! Misalnya saya belum kenal dengan S. Coba berkenalan dengan saya!"

"Ya bagus sekali! Coba sekali lagi. Bagus sekali"

"Setelah S berkenalan dengan orang tersebut S bisa melanjutkan percakapan tentang hal-hal yang menyenangkan S bicarakan. Misalnya tentang cuaca, tentang hobi, tentang keluarga, pekerjaan dan sebagainya."

4. Fase Terminasi:

"Bagaimana perasaan S setelah kita latihan berkenalan?"

"S tadi sudah mempraktekkan cara berkenalan dengan baik sekali"

"Selanjutnya S dapat mengingat-ingat apa yang kita pelajari tadi selama saya tidak ada. Sehingga S lebih siap untuk berkenalan dengan orang lain. S mau praktekkan ke pasien lain. Mau jam berapa mencobanya. Mari kita masukkan pada jadwal kegiatan hariannya."

"Besok pagi jam 10 saya akan datang kesini untuk mengajak S berkenalan dengan teman saya, perawat N. Bagaimana, S mau kan?"

"Baiklah, sampai jumpa. Selamat pagi

SP 2 Pasien: Mengajarkan pasien berinteraksi secara bertahap (berkenalan dengan orang pertama -seorang perawat-)

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

1. **Fase Prainteraksi**
   Kondisi: Klien sudah mau menceritakan penyebab dia sering menyendiri karena merasa tidak ada yang mau dekat dengan dia. Klien sudah berlatih cara berkenalan dengan orang. Bicara suara pelan, sering menunduk dan berjalan berlahan.

   Diagnosa Kep: Isolasi Sosial

   Tujuan Khusus: TUK 4 dan 5

   Intervensi: SP 2 Pasien

2. **Fase Orientasi :**
   "Selamat pagi S! ""Bagaimana perasaan S hari ini?

   «Sudah dingat-ingat lagi pelajaran kita tetang berkenalan »Coba sebutkan lagi sambil bersalaman dengan Suster ! »

   «Bagus sekali, S masih ingat. Nah seperti janji saya, saya akan mengajak S mencoba berkenalan dengan teman saya perawat N. Tidak lama kok, sekitar 10 menit » « Ayo kita temui perawat N disana »

3. **Fase Kerja :**
   (Bersama-sama S saudara mendekati perawat N)

   « Selamat pagi perawat N, ini ingin berkenalan dengan N »

   « Baiklah S, S bisa berkenalan dengan perawat N seperti yang kita praktekkan kemarin «

   (pasien mendemontrasikan cara berkenalan dengan perawat N : memberi salam, menyebutkan nama, menanyakan nama perawat, dan seterusnya)

   « Ada lagi yang S ingin tanyakan kepada perawat N . coba tanyakan tentang keluarga perawat N »

   « Kalau tidak ada lagi yang ingin dibicarakan, S bisa sudahi perkenalan ini. Lalu S bisa buat janji bertemu lagi dengan perawat N, misalnya jam 1 siang nanti »

   « Baiklah perawat N, karena S sudah selesai berkenalan, saya dan S akan kembali ke ruangan S. Selamat pagi »

   (Bersama pasien saudara meninggalkan perawat N untuk melakukan terminasi dengan S di tempat lain)

4. **Fase Terminasi:**
   "Bagaimana perasaan S setelah berkenalan dengan perawat N"

   "S tampak bagus sekali saat berkenalan tadi"

   "Pertahankan terus apa yang sudah S lakukan tadi. Jangan lupa untuk menanyakan topik lain supaya perkenalan berjalan lancar. Misalnya menanyakan keluarga, hobi, dan sebagainya. Bagaimana, mau coba dengan perawat lain. Mari kita masukkan pada jadwalnya. Mau berapa kali sehari? Bagaimana kalau 2 kali. Baik nanti S coba sendiri. Besok kita latihan lagi ya, mau jam berapa? Jam 10? Sampai besok."

SP 3 Pasien: Melatih Pasien Berinteraksi Secara Bertahap (berkenalan dengan orang kedua-seorang pasien)

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

1. **Fase Prainteraksi**
   Kondisi: Klien sudah berlatih berkenalan dan bercakap dengan perawat lain dan menyatakan senang sudah punya teman baru. Berbicara pelan dan lirih tetapi sudah tidak sering menunduk lagi.
   Diagnosa Kep: Isolasi Sosial
   Tujuan Khusus:TUK 4 dan 5
   Intervensi: SP 3 Pasien

2. **Fase Orientasi:**
   "Selamat pagi S! Bagaimana perasaan hari ini?
   "Apakah S bercakap-cakap dengan perawat N kemarin siang"
   (jika jawaban pasien: ya, saudara bisa lanjutkan komunikasi berikutnya orang lain
   "Bagaimana perasaan S setelah bercakap-cakap dengan perawat N kemarin siang"
   "Bagus sekali S menjadi senang karena punya teman lagi"
   "Kalau begitu S ingin punya banyak teman lagi?"
   "Bagaimana kalau sekarang kita berkenalan lagi dengan orang lain, yaitu pasien O"
   "seperti biasa kira-kira 10 menit" "Mari kita temui dia di ruang makan"

3. **Fase Kerja:**
   (Bersama-sama S saudara mendekati pasien)
   « Selamat pagi , ini ada pasien saya yang ingin berkenalan. »
   « Baiklah S, S sekarang bisa berkenalan dengannya seperti yang telah S lakukan sebelumnya. »
   (pasien mendemontrasikan cara berkenalan: memberi salam, menyebutkan nama, nama panggilan, asal dan hobi dan menanyakan hal yang sama). »
   « Ada lagi yang S ingin tanyakan kepada O»
   « Kalau tidak ada lagi yang ingin dibicarakan, S bisa sudahi perkenalan ini. Lalu S bisa buat janji bertemu lagi, misalnya bertemu lagi jam 4 sore nanti »
   (S membuat janji untuk bertemu kembali dengan O)
   « Baiklah O, karena S sudah selesai berkenalan, saya dan S akan kembali ke ruangan S. Selamat pagi »
   (Bersama pasien saudara meninggalkan perawat O untuk melakukan terminasi dengan S di tempat lain)

4. **Fase Terminasi:**
   "Bagaimana perasaan S setelah berkenalan dengan O"
   "Dibandingkan kemarin pagi, N tampak lebih baik saat berkenalan dengan O" "pertahankan apa yang sudah S lakukan tadi. Jangan lupa untuk bertemu kembali dengan O jam 4 sore nanti"
   "Selanjutnya, bagaimana jika kegiatan berkenalan dan bercakap-cakap dengan orang lain kita tambahkan lagi di jadwal harian. Jadi satu hari S dapat berbincang-bincang dengan orang lain sebanyak tiga kali, jam 10 pagi, jam 1 siang dan jam 8 malam, S bisa bertemu dengan N, dan tambah dengan pasien yang baru dikenal. Selanjutnya S bisa berkenalan dengan orang lain lagi secara bertahap. Bagaimana S, setuju kan?"
   "Baiklah, besok kita ketemu lagi untuk membicarakan pengalaman S. Pada jam yang sama dan tempat yang sama ya. Sampai besok. Selamat pagi"

2. Tindakan Keperawatan untuk Keluarga

Keluarga merupakan sistem pendukung utama bagi pasien untuk dapat membantu pasien mengatasi masalah isolasi sosial ini, karena keluargalah yang selalu bersama-sama dengan pasien sepanjang hari. Tahapan melatih keluarga agar mampu merawat pasien isolasi sosial di rumah.

SP 1 Keluarga: Memberikan penyuluhan kepada keluarga tentang masalah isolasi sosial, penyebab, dan cara merawat pasien dengan isolasi sosial

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

1. Fase Prainteraksi

Kondisi: Klien sudah berlatih berkenalan dengan pasien lain dan mau terlibat dalam kgiatan bersama dengan aktif. Keluarga mengunjungi klien, menanyakan keadaan klien dengan raut sedih

Diagnosa Kep: Isolasi Sosial

Tujuan Khusus:TUK 6

Intervensi: SP 1 Keluarga

2. Fase Orientasi:

"Selamat pagi Pak/bu" "Perkenalkan saya perawat H, saya yang merawat, anak bapak, S, di ruang ini"

"Nama Bapak siapa? Senang dipanggil apa?"

" Bagaimana perasaan Bapak hari ini? Bagaimana keadaan anak S sekarang?"

"Bagaimana kalau kita berbincang-bincang tentang masalah anak Bapak dan cara perawatannya"

"Kita diskusi di sini saja ya? Berapa lama Bapak punya waktu? Bagaimana kalau setengah jam?"

3. Fase Kerja:

"Apa masalah yang Bp/Ibu hadapi dalam merawat S? Apa yang sudah dilakukan?"

"Masalah yang dialami oleh anak S disebut isolasi sosial. Ini adalah salah satu gejala penyakit yang juga dialami oleh pasien-pasien gangguan jiwa yang lain".

" Tanda-tandanya antara lain tidak mau bergaul dengan orang lain, mengurung diri, kalaupun berbicara hanya sebentar dengan wajah menunduk"

"Biasanya masalah ini muncul karena memiliki pengalaman yang mengecewakan saat berhubungan dengan orang lain, seperti sering ditolak, tidak dihargai atau berpisah dengan orang–orang terdekat"

"Apabila masalah isolasi sosial ini tidak diatasi maka seseorang bisa mengalami halusinasi, yaitu mendengar suara atau melihat bayangan yang sebetulnya tidak ada."

"Untuk menghadapi keadaan yang demikian Bapak dan anggota keluarga lainnya harus sabar menghadapi S. Dan untuk merawat S, keluarga perlu melakukan beberapa hal. Pertama keluarga harus membina hubungan saling percaya dengan S yang caranya adalah bersikap peduli dengan S dan jangan ingkar janji. Kedua, keluarga perlu memberikan semangat dan dorongan kepada S untuk bisa melakukan kegiatan bersama-sama dengan orang lain. Berilah pujian yang wajar dan jangan mencela kondisi pasien."

« Selanjutnya jangan biarkan S sendiri. Buat rencana atau jadwal bercakap-cakap dengan S. Misalnya sholat bersama, makan bersama, rekreasi bersama, melakukan kegiatan rumah tangga bersama."

"Nah bagaimana kalau sekarang kita latihan untuk melakukan semua cara itu"

" Begini contoh komunikasinya, Pak: S, bapak lihat sekarang kamu sudah bisa bercakap-cakap dengan orang lain.Perbincangannya juga lumayan lama. Bapak senang sekali melihat perkembangan kamu, Nak. Coba kamu bincang-bincang dengan saudara yang lain. Lalu bagaimana kalau mulai sekarang kamu sholat berjamaah. Kalau di rumah sakit ini, kamu sholat di mana? Kalau nanti di rumah, kamu sholat bersana-sama keluarga atau di mushola kampung. Bagiamana S, kamu mau coba kan, nak?"

"Nah coba sekarang Bapak peragakan cara komunikasi seperti yang saya contohkan"

"Bagus, Pak. Bapak telah memperagakan dengan baik sekali"

"Sampai sini ada yang ditanyakan Pak"

4. **Fase Terminasi:**
"Baiklah waktunya sudah habis. Bagaimana perasaan Bapak setelah kita latihan tadi?"

"Coba Bapak ulangi lagi apa yang dimaksud dengan isolasi sosial dan tanda-tanda orang yang mengalami isolasi sosial »« Selanjutnya bisa Bapak sebutkan kembali cara-cara merawat anak bapak yang mengalami masalah isolasi sosial »

« Bagus sekali Pak, Bapak bisa menyebutkan kembali cara-cara perawatan tersebut »

«Nanti kalau ketemu S coba Bp/Ibu lakukan. Dan tolong ceritakan kepada semua keluarga agar mereka juga melakukan hal yang sama. »

« Bagaimana kalau kita betemu tiga hari lagi untuk latihan langsung kepada S ? »

« Kita ketemu disini saja ya Pak, pada jam yang sama » «Selamat pagi »

SP 2 Keluarga : Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan masalah isolasi sosial langsung dihadapan pasien

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

1. **Fase Prainteraksi**
Kondisi: Keluarga sudah mendapatkan penjelasan tentang kondisi klien dan cara merawatnya dirumah.

Diagnosa Kep: Isolasi Sosial

Tujuan Khusus:TUK 6

Intervensi: SP 2 Keluarga

2. **Fase Orientasi:**
"Selamat pagi Pak/Bu" " Bagaimana perasaan Bpk/Ibu hari ini?"

"Bapak masih ingat latihan merawat anak Bapak seperti yang kita pelajari berberapa hari yang lalu?"

"Mari praktekkan langsung ke S! Berapa lama waktu Bapak/Ibu Baik kita akan coba 30 menit."

"Sekarang mari kita temui S"

3. Fase Kerja:

" Selamat pagi S. Bagaimana perasaan S hari ini?"

"Bpk/Ibu S datang besuk. Beri salam! Bagus. Tolong S tunjukkan jadwal kegiatannya!"

(kemudian saudara berbicara kepada keluarga sebagai berikut)

"Nah Pak, sekarang Bapak bisa mempraktekkan apa yang sudah kita latihkan beberapa hari lalu"

(Saudara mengobservasi keluarga mempraktekkan cara merawat pasien seperti yang telah dilatihkan pada pertemuan sebelumnya).

"Bagaimana perasaan S setelah berbincang-bincang dengan Orang tua S?"

"Baiklah, sekarang saya dan orang tua ke ruang perawat dulu"

4. Fase Terminasi:

" Bagaimana perasaan Bapak/Ibu setelah kita latihan tadi? Bapak/Ibu sudah bagus."

« «Mulai sekarang Bapak sudah bisa melakukan cara merawat tadi kepada S »

« Tiga hari lagi kita akan bertemu untuk mendiskusikan pengalaman Bapak melakukan cara merawat yang sudah kita pelajari. Waktu dan tempatnya sama seperti sekarang Pak »

« Selamat pagi »

SP 3 Keluarga : Membuat perencanaan pulang bersama keluarga

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

1. Fase Prainteraksi

Kondisi: Keluarga sudah mengerti cara merawat klien dirumah dan sudah dilatih langsung ke klien. Kondisi klien sudah mampu memulai berinteraksi aktif dengan orang lain, dan sudah mampu mengikuti kegiatan harian di ruangan.

Diagnosa Kep: Isolasi Sosial

Tujuan Khusus:TUK 6

Intervensi: SP 3 Keluarga

2. Orientasi:

"Selamat pagi Pak/Bu"

"Karena besok S sudah boleh pulang, maka perlu kita bicarakan perawatan di rumah."

"Bagaimana kalau kita membicarakan jadwal S tersebut disini saja"

"Berapa lama kita bisa bicara? Bagaimana kalau 30 menit?"

3. Kerja:

"Bpk/Ibu, ini jadwal S selama di rumah sakit. Coba dilihat, mungkinkah dilanjutkan di rumah? Di rumah Bpk/Ibu yang menggantikan perawat. Lanjutkan jadwal ini di rumah, baik jadwal kegiatan maupun jadwal minum obatnya"

"Hal-hal yang perlu diperhatikan lebih lanjut adalah perilaku yang ditampilkan oleh anak Bapak selama di rumah. Misalnya kalau S terus menerus tidak mau bergaul dengan orang lain, menolak minum obat atau memperlihatkan perilaku membahayakan orang lain. Jika hal ini terjadi segera hubungi perawat K di puskemas ..., Puskesmas terdekat dari rumah Bapak, ini nomor telepon puskesmasnya: (0321) 554xxx

"Selanjutnya perawat K tersebut yang akan memantau perkembangan S selama di rumah

4. Terminasi:
"Bagaimana Pak/Bu? Ada yang belum jelas? Ini jadwal kegiatan harian S untuk dibawa pulang. Ini surat rujukan untuk perawat K di PKM .... Jangan lupa kontrol ke PKM sebelum obat habis atau ada gejala yang tampak. Silakan selesaikan administrasinya!"

7. Evaluasi

1. Kemampuan pasien dan keluarga

PENILAIAN KEMAMPUAN PASIEN DAN KELUARGA
PASIEN DENGAN MASALAH ISOLASI SOSIAL

Nama pasien : .....
Ruangan : .....
Nama perawat : .....
Petunjuk pengisian:
1. Berilah tanda (V) jika pasien dan keluarga mampu melakukan kemampuan di bawah ini.
2. Tuliskan tanggal setiap dilakukan supervisi

No	Kemampuan	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl
A	**Pasien**				
1	Menyebutkan penyebab isolasi sosial				
2	Menyebutkan keuntungan berinteraksi dengan orang lain				
3	Menyebutkan kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain				
4	Berkenalan dengan satu orang				
5	Berkenalan dengan dua orang atau lebih				
6	Memiliki jadwal kegiatan berbincang-bincang dengan orang lain sebagai salah satu kegiatan harian				
7	Melakukan perbincangan dengan orang lain sesuai jadwal harian				
B	**Keluarga**				
1	Menyebutkan pengertian, penyebab, tanda dan gejala isolasi sosial				
2	Menyebutkan cara-cara merawat pasien dengan isolasi sosial				
3	Mendemonstrasikan cara merawat pasien dengan isolasi sosial				
4	Menyebutkan tempat rujukan yang sesuai untuk pasien isolasi sosial				

2. Kemampuan Perawat

PENILAIAN KEMAMPUAN PERAWAT
DALAM MERAWAT PASIEN DENGAN ISOLASI SOSIAL

Nama pasien : .....
Ruangan : .....
Nama perawat : .....

No	Kemampuan	Tanggal						
A	**Pasien**							
	SP I p							
1	Mengidentifikasi penyebab isolasi sosial pasien							
2	Berdiskusi dengan pasien tentang keuntungan berinteraksi dengan orang lain							
3	Berdiskusi dengan pasien tentang kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain							
4	Mengajarkan pasien cara berkenalan dengan satu orang							
5	Menganjurkan pasien memasukkan kegiatan latihan berbincang-bincang dengan orang lain dalam kegiatan harian							
	Nilai SP I p							
	SP II p							
1	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien							
2	Memberikan kesempatan kepada pasien mempraktekkan cara berkenalan dengan satu orang							
3	Membantu pasien memasukkan kegiatan berbincang-bincang dengan orang lain sebagai salah satu kegiatan harian							
	Nilai SP II p							
	SP III p							
1	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien							
2	Memberikan kesempatan kepada berkenalan dengan dua orang atau lebih							
3	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian							
	Nilai SP III p							
B	**Keluarga**							
	SP I k							
1	Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien							
2	Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala isolasi sosial yang dialami pasien beserta proses terjadinya							
3	Menjelaskan cara-cara merawat pasien isolasi sosial							
	Nilai SP I k							

No	Kemampuan	Tanggal						
	SP II k							
1	Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan isolasi sosial							
2	Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien isolasi sosial							
	Nilai SP II k							
	SP III							
1	Membantu keluarga membuat jadual aktivitas di rumah termasuk minum obat (*discharge planning*)							
2	Menjelaskan follow up pasien setelah pulang							
	Nilai SP III k							
	Total nilai: SP p + SP k							
	Rata-rata							

8. Terapi Modalitas Keperawatan untuk Kasus Isolasi Sosial

1) Terapi individual
   Dengan terapi individual, perawat menjalin hubungan saling percaya dengan klien agar tercipta rasa *trust* kepada perawat. Sehingga, klien dapat dengan leluasa menceritakan semua yang ia rasakan, dengan demikian klien merasa aman, nyaman, klien dapat mengembangkan kemampuannya dalam menyelesaikan konflik, meredakan penderitaan emosional, dan klien dapat memenuhi kebutuhan dirinya serta mempermudah proses asuhan keperawatan jika sudah terjalin rasa saling percaya klien terhadap perawat. Terapi individual untuk TUK 1,2,3,4,5.
2) Terapi kognitif
   Karena klien mempunyai persepsi dan pemikiran yang negatif/salah, diperlukan terapi kognitif untuk merubah hal tersebut. Sehingga, diharapkan dengan terapi kognitif persepsi dan pemikiran klien yang negatif berubah menjadi positif/baik, klien juga mampu mempertimbangkan stressor, mengidentifikasi pola berpikir, persepsi dan keyakinan yang tidak baik. Terapi kognitif untuk TUK 2,3.
3) Terapi kelompok
   Karena klien cenderung menarik diri dan tidak bersosialisasi, diperlukan terapi kelompok agar klien dapat berinteraksi dengan orang lain seperti sebelum klien mengalami gangguan dapat bersosialisasi. Perawat dapat berinteraksi dengan sekelompok klien secara teratur, membantu anggota kelompok meningkatkan kesadaran diri,

meningkatkan hubungan interpersonal, dan mengubah perilaku maladaptif menjadi adaptif. Terapi kelompok untuk TUK 1,3,4,5,6.

9. Terapi Aktivitas Kelompok (TAK)

Terapi aktivitas yang cocok untuk klien isolasi sosial yaitu terapi aktivitas kelompok sosialisasi (TAKS). Hal tersebut dikarenakan klien sering menyendiri (menghindar dari orang lain), komunikasi berkurang (bicara apabila ditanya, jawaban singkat), berdiam diri di kamar dalam posisi meringkuk, tidak melakukan kegiatan sehari-hari, wajah tampak sedih dan lebih sering menunduk yang menunjukkan bahwa klien mengalami masalah dalam hubungan sosial (isolasi sosial). Oleh karena itu, terapi aktivitas kelompok sosialisasi (TAKS) cocok untuk memfasilitasi kemampuan klien dengan masalah hubungan sosial agar klien dapat bersosialisasi kembali dengan orang lain maupun lingkungannya serta dapat meningkatkan hubungan interpersonal dan kelompok. Terapi aktivitas kelompok sosialisasi (TAKS) dilakukan dalam 7 sesi dengan indikasi klien menarik diri yang sudah sampai pada tahap mampu berinteraksi dalam kelompok kecil dan sehat secara fisik.

a. Sesi 1: Kemampuan memperkenalkan diri
b. Sesi 2: Kemampuan berkenalan
c. Sesi 3: Kemampuan bercakap-cakap
d. Sesi 4: Kemampuan bercakap-cakap topik tertentu
e. Sesi 5: Kemampuan bercakap-cakap masalah pribadi
f. Sesi 6: Kemampuan bekerjasama
g. Sesi 7: Evaluasi kemampuan sosialisasi

10. Proposal Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi

1) Latar belakang

Manusia sebagai makhluk sosial hidup berkelompok dan saling berhubungan untuk memenuhi kebutuhan sosial. Secara alami individu selalu berada dalam kelompok. Dengan demikian pula dasarnya individu selalu berada dalam kelompok. Dengan demikian pula pada dasarnya individu memerlukan hubungan timbal balik yang didapatkan melalui kelompok. Isolasi sosial adalah keadaan di mana individu atau kelompok mengalami atau merasakan kebutuhan atau keinginan untuk meningkatkan keterlibatanya dengan orang lain tetapi tidak mampu untuk membuat kontak. Penggunaan kelompok dalam praktek keperawatan jiwa memberikan dampak positif dalam upaya pencegahan. Pengobatan atau terapi serta pemulihan kesehatan jiwa seseoramg. Beberapa keuntungan yang dapat diperoleh individu atau klien melalui Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) melalui dukungan pendidikan, meningkatkan hubungan interpersonal.

Kepuasan hubungan dapat dicapai jika individu dapat terlibat secara aktif dalam proses hubungan. Peran serta yang tinggi dalam hubungan disertai respon lingkungan

yang positif akan meningkatkan rasa memiliki, kerjasama, hubungan timbal balik yang sinkron. Fokus Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) ini adalah mengajarkan klien untuk bekerjasama dengan klien lain dalam melakukan permainan, yang bertujuan untuk meningkatkan hubungan sosialisasi dengan orang lain.

2) Tujuan
   1. Umum
      Klien dapat meningkatkan hubungan sosial dengan orang lain dalam kelompok secara bertahap dengan menyampaikan topic yang dibicarakan.
   2. Khusus
      Klien mampu:
      a. Klien mampu memeperkenalkan diri.
      b. Klien mampu berkenalan dengan anggota kelompok.
      c. Klien mampu bercakap-cakap dengan anggota kelompok.
      d. Klien mampu menyampaikan dan membicarakan topic percakapan.
      e. Klien mampu menyampaikan dan membicarakan masalah pribadi pada orang lain.
      f. Klien mampu bekerjasama dalam permainan sosialisasi kelompok.
      g. Klien mampu menyampaikan pendapat tentang manfaat kegiatan tentang TAK sosialisasi yang telah dilakukan.
3) Kriteria Dan Indikasi.
   1. Klien menarik diri yang telah mulai melakukan interaksi interpersonal.
   2. Klien kerusakan komunikasi verbal yang telah berespon sesuai dengan stimulus.
   3. Sehat secara fisik.

   Proses seleksi:
   a. Berdasarkan observasi klien sehari-hari.
   b. Berdasarkan informasi dan diskusi dengan perawat ruangan mengenai prilaku klien sehari-hari.
   c. Hasil diskusi kelompok.
   d. Berdasarkan asuhan keperawatan.
   e. Adanya kesepakatan dengan klien
4) Pengorganisasian
   1. Waktu
      1). Hari/Tanggal : Senin,
      2). Jam : 08.00-08.30 WIB
      3). Acara : 30 menit
   2. Tim terapis
      1). Leader
      Bertugas:
      a. Memimpin jalannya acara terapi aktivitas kelompok

b. Memperkenalkan anggota terapi aktivitas kelompok
c. Menetapkan jalannya tata tertib
d. Menjelaskan tujuan diskusi
e. Dapat mengambil keputusan dengan menyimpulkan hasil diskusi pada kelompok terapi diskusi tersebut.
f. Kontrak waktu
g. Menyimpulkan hasil kegiatan
h. Menutup acara

2). Co leader

Bertugas:

a. Mendampingi leader jika terjadi bloking
b. Mengoreksi dan mengingatkan leader jika terjadi kesalahan
c. Bersama leader memecahkan penyelesaian masalah

3). Observer

Bertugas:

a. Mengobservasi persiapan dan pelaksanaan TAK dari awal sampai akhir
b. Mencatat semua aktifitas dalam terapi aktifitas kelompok
c. Mengobservasi perilaku pasien

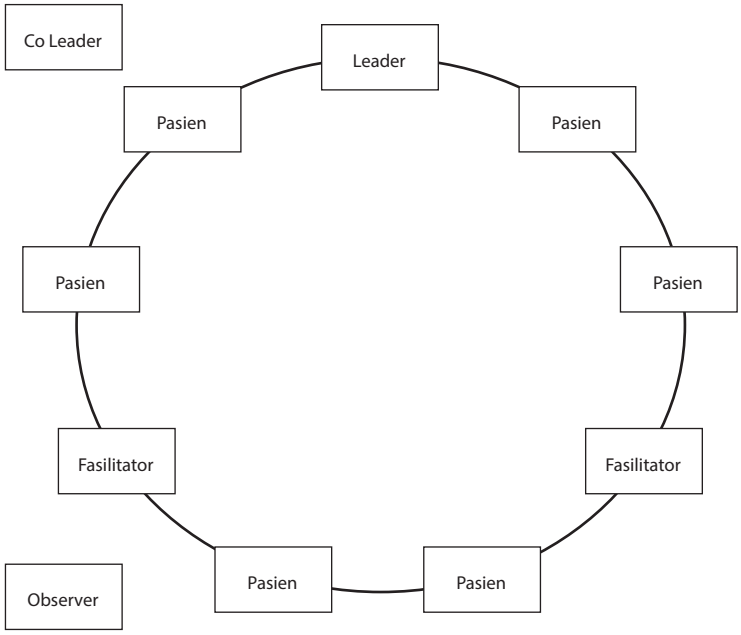
4). Fasilitator

Bertugas:

a. Membantu klien meluruskan dan menjelaskan tugas yang harus dilakukan
b. Mendampingi peserta TAK
c. Memotivasi klien untuk aktif dalam kelompok
d. Menjadi contoh bagi klien selama kegiatan

5) Metode dan media

1. Metode
   1). Dinamika kelompok
   2). Diskusi dan tanyak jawab
   3). Bermain peran/simulasi
2. Alat
   1). Laptop dan speaker
   2). Lagu "marilah kemari" (titiek puspa)
   3). Bola tenis
   4). Buku catatan dan bolpoin
   5). Jadwal kegiatan klien
   6). Flipchart/whiteboard dan sepidol
   7). Kartu kwartet
3. Setting
   1). Klien dan terapis duduk bersama dalam lingkaran
   2). Ruangan nyaman dan tenang



4. Pembagian tugas
   Leader :
   Co Leader :
   Observer :
   Fasilitator : 1
   2

6) Sesi Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi
   1. Sesi 1: kemampuan memperkenalkan diri.
   2. Sesi 2: kemampuan berkenalan.
   3. Sesi 3: kemampuan bercakap - cakap
   4. Sesi 4: kemampuan bercakap-cakap topik tertentu.
   5. Sesi 5: kemampuanm bercakap-cakap masalah pribadi.
   6. Sesi 6: kemampuan bekerjasama.
   7. Sesi 7: Evaluasi kemampuan sosialisasi
7) Kriteria Hasil.
   1. Evaluasi Struktur:
      a. Kondisi lingkungan tenang, dilakukan ditempat tertutup dan memungkinkan klien untuk berkonsentrasi terhadap kegiatan.
      b. Klien dan terapis duduk bersama membentuk lingkaran.
      c. Peserta sepakat untuk mengikuti kegiatan.
      d. Alat yang digunakan dalam kondisi baik.
      e. Leader, co-leader, fasilitatore, observer berperan sebagai mana mestinya.

2. Evaluasi Proses:
   a. Leader dapat mengkoordinasi seluruh kegiatan dari awal hingga akhir.
   b. Leader mampu memimpin acara.
   c. Co-leader membantu mengkoordinasi seluruh kegiatan.
   d. Fasilitator mampu memotivasi peserta dalam kegiatan.
   e. Fasilitator membantu leader melaksanakan kegiatan dan bertanggung jawab dalam antisipasi masalah.
   f. Observer sebagai pengamat melaporkan hasil pengamatan kepada kelompok yang berfungsi sebagai evaluator kelompok.
   g. Peserta mengikuti kegiatan yang dilakukan dari awal hingga akhir.
3. Evaluasi Hasil.
   Diharapkan 75% dari kelompok mampu:
   a. Memperkenalkan diri.
   b. Berkenalan.
   c. Bercakap- cakap.
   d. Bercakap - cakap topik tertentu.
   e. Bercakap - cakap masalah pribadi.
   f. Bekerja sama.
   g. Mengevaluasi kemampuan sosialisasi.

8) Tata tertib dan antisipasi masalah tata tertib
1. Tata tertib
   1). Peserta bersedia mengikuti kegitan TAK.
   2). Peserta wajib hadir 5 menit sebelum acara dimulai.
   3). Peserta berpakaian rapi, bersih dan sudah mandi.
   4). Tidak diperkenankan makan, minum, merokok selama kegiatan (TAK) berlangsung.
   5). Jika ingin mengajukan/menjawab pertanyaan, peserta mengangkat tangan kanan dan berbicara setelah dipersilahkan oleh pemimpin.
   6). Peserta yang mengacaukan jalannya acara akan dikeluarkan.
   7). Apabila waktu TAK sesuai kesepakatan telah habis, maka pemimpin akan meminta persetujuan anggota untuk memperpanjang waktu TAK kepada anggota.
2. Antisipasi
   1). Penanganan klien yang tidak aktif saat aktivitas kelompok:
      a. Memanggil klien.
      b. Memberi kesempatan kepada klien tersebut untuk menjawab sapaan perawat atau klien yang lain.
   2). Bila klien meninggalksn permainan tanpa pamit:
      a. Panggil nama klien.
      b. Tanya alasan klien meninggalkan permainan.

c. Berikan penjelasan tentang tujuan permainan dan berikan penjelasan pada klien bahwa klien dapat melaknsanakan keperluannya setelah itu klien boleh kembali lagi.

3). Bila ada klien ingin ikut:
   a. Berikan penjelasan bahwa permainan ini ditujukan pada klien yang telah dipilih.
   b. Katakan pada klien ada permainan lain yang mungkin dapat diikuti oleh klien tersebut.
   c. Jika klien memaksa, beri kesempatan untuk masuk dengan tidak memberi peran pada permainan tersebut.

9) Proses terapi aktivitas kelompok sosialisasi

Sesi 1: TAKS kemampuan memperkenalkan diri

Jenis kegiatan: Mengoperkan bola

Kriteria klien:

1. Menarik diri yang sudah sampai pada tahap mampu berinteraksi dalam kelompok kecil
2. Sehat secara fisik

Tujuan: Klien mampu memperkenalkan diri dengan menyebutkan: nama lengkap, nama panggilan, asal, dan hobi.

Setting:

1. Klien dan terapis duduk bersama dalam lingkaran
2. Ruangan nyaman dan tenang

Alat:

1. Laptop dan speaker
2. Lagu "marilah kemari" (titiek puspa)
3. Bola tenis
4. Buku catatan
5. Jadwal kegiatan klien

Metode:

1. Dinamika kelompok
2. Diskusi dan tanyak jawab
3. Bermain peran/simulasi

Langkah kegiatan:

1. Persiapan
   a. Memilih klien sesuai dengan indikasi, yaitu isolasi social: menarik diri
   b. Membuat kontrak dengan klien.
   c. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan.
2. Orientasi
   a. Memberi salam terapeutik: salam dari terapis.
   b. Evaluasi/validasi: menanyakan perasaan klien saat ini

c. Kontrak:
   a) Menjelaskan tujuan kegiatan, memperkenalkan diri.
   b) Menjelaskan aturan main berikut.
      - Jika klien yang akan meninggalkan kelompok harus meminta izin kepada terapis.
      - Lama kegiatan 45 menit
      - Setiap klien mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai.

3. Tahap kerja
   a. Jelaskan kegiatan, yaitu lagu pada laptop akan dihidupkan serta bola diedarkan berlawanan dengan arah jarum jam (yaitu ke arah kiri) dan pada saat lagu dimatikan maka anggota kelompok yang memegang bola memperkenalkan dirinya.
   b. Hidupkan lagu pada laptop dan edarkan bola berlawanan jarum jam.
   c. Pada saat lagu dipause/berhenti, anggota kelompok yang memegang bola dapat giliran untuk menyebut: salam, nama lengkap, nama panggilan, hobi, dan asal, dimulai oleh terapis sebagai contoh.
   d. Ulangi b, c, dan d sampai semua anggota mendapat giliran.
   e. Beri pujian untuk tiap keberhasilan anggota kelompok dengan memberi tepuk tangan.
4. Tahap terminasi
   a. Evaluasi
      a) Menanyakan perasaan klien setelah mengikuti TAK.
      b) Memberi pujian atas keberhasilan kelompok.
   b. Rencana tindak lanjut
      a) Menganjurkan tiap anggota kelompok melatih memperkenalkan diri kepada orang lain di kehidupan sehari-hari.
      b) Memasukkan kegiatan memperkenalkan diri pada jadwal kegiatan harian klien.
   c. Kontrak yang akan datang
      a) Menyepakati kegiatan berikut, yaitu berkenalan dengan anggota
      b) Menyepakati waktu dan tempat.

Evaluasi dan Dokumentasi:

1. Evaluasi

   Evaluasi dilakukan pada saat proses TAK berlangsung, khususnya pada tahap kerja untuk menilai kemampuan klien melakukan TAK. Aspek yang di evaluasi adalah kemampuan klien sesuai dengan tujuan TAK. Untuk TAKS sesi 1, dievaluasi kemampuan klien memperkenalkan diri secara dan nonverbal dengan menggunakan formulir evaluasi berikut.

Sesi 1: TAKS

Kemampuan memperkenalkan diri

a. Kemampuan verbal klien

No.	Aspek yang di nilai	Nama klien				
1.	Menyebutkan nama lengkap					
2.	Menyebutkan nama panggilan					
3.	Menyebutkan asal					
4.	Menyebutkan hobi					
Jumlah						

b. Kemampuan nonverbal

No.	Aspek yang dinilai	Nama klien				
1.	Kontak mata					
2.	Duduk tegak					
3.	Menggunakan bahasa tubuh yang sesuai					
4.	Mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir					
	Jumlah					

Petunjuk:

a). Di bawah judul nama klien, tulis nama panggilan klien yang ikut TAK.

b). Untuk tiap klien, semua aspek dimulai dengan memberi tanda √ jika ditemukan pada klien atau tanda × jika tidak ditemukan.

c). Jumlahkan kemampuan yang ditemukan, jika nilai 3 atau 4 klien mampu, dan jika nilai 0,1, atau 2 klien belum mampu.

2. Dokumentasi

Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki klien ketika TAK pada catatan proses keperawatan tiap klien. Misalnya, klien mengikuti sesi 1 TAKS, klien mampu memperkenalkan diri secara verbal dan nonverbal, di anjurkan klien memperkenalkan diri pada klien lain di ruang rawat (buat jadwal)

BAB 20

Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Halusinasi

A. Definisi

Halusinasi adalah persepsi klien terhadap lingkungan tanpa stimulus yang nyata, artinya klien menginterpretasikan sesuatu yang tidak nyata tanpa stimulus/rangsangan dari luar (Stuart, 2007). Halusinasi adalah hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Klien memberi persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa ada objek atau rangsangan yang nyata. Sebagai contoh klien mengatakan mendengar suara padahal tidak ada orang berbicara.

Halusinasi merupakan salah satu gejala yang sering ditemukan pada klien dengan gangguan jiwa. Halusinasi sering diidentikkan dengan skizofrenia. Dari seluruh klien skizofrenia 70% diantaranya mengalami halusinasi. Gangguan jiwa lain yang sering juga disertai dengan gejala halusinasi adalah gangguan manik depresif dan delirium. Halusinasi merupakan salah satu respon maladaptif individu yang berada dalam rentang respon Neurobiologi (Stuart dan Laria, 2001). Ini merupakan respon persepsi paling maladaptif. Jika klien yang sehat persepsinya akurat, mampu mengidentifikasi dan menginterpretasikan stimulus berdasarkan informasi yang diterima melalui panca indra, klien dengan halusinasi mempersepsikan suatu stimulus panca indra walaupun sebenarnya stimulus tersebut tidak ada.

Jenis Halusinasi adalah sebagai berikut:

a. Pendengaran

   Mendengar suara atau kebisingan, paling sering suara orang. Suara berbentuk kebisingan yang kurang jelas sampai kata-kata yang jelas berbicara tentang klien, bahkan sampai pada percakapan lengkap antara dua orang yang mengalami halusinasi. Pikiran yang

terdengar dimana klien mendengar perkataan bahwa klien disuruh untuk melakukan sesuatu kadang dapat membahayakan.

Halusinasi pendengaran adalah mendengar suara manusia, hewan atau mesin, barang, kejadian alamiah dan musik dalam keadaan sadar tanpa adanya rangsang apapun (Maramis, 2005). Halusinasi pendengaran adalah mendengar suara atau bunyi yang berkisar dari suara sederhana sampai suara yang berbicara mengenai klien sehingga klien berespon terhadap suara atau bunyi tersebut (Stuart, 2007).

b. Penglihatan
Stimulus visual dalam bentuk kilatan cahaya, gambar geometris, gambar kartun, bayangan yang rumit atau kompleks. Bayangan bias yang menyenangkan atau menakutkan seperti melihat monster.

c. Penghidung
Membaui bau-bauan tertentu seperti bau darah, urin, dan feses umumnya bau-bauan yang tidak menyenangkan. Halusinasi penghidu sering akibat stroke, tumor, kejang, atau dimensia.

d. Pengecapan
Merasa mengecap rasa seperti rasa darah, urin atau feses.

e. Perabaan
Mengalami nyeri atau ketidaknyamanan tanpa stimulus yang jelas. Rasa tersetrum listrik yang datang dari tanah, benda mati atau orang lain.

f. Chenesthetic
Merasakan fungsi tubuh seperti aliran darah di vena atau arteri, pencernaan makan atau pembentukan urine.

g. Kinistetik
Merasakan pergerakan sementara berdiri tanpa bergerak

B. Proses Terjadinya Masalah

1. Etiologi

1) Faktor Predisposisi
Menurut Yosep (2009) faktor predisposisi yang menyebabkan halusinasi adalah:
   1. Faktor Perkembangan
      Tugas perkembangan klien terganggu misalnya rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustasi, hilang percaya diri dan lebih rentan terhadap stress.
   2. Faktor Sosiokultural
      Seseorang yang merasa tidak diterima lingkungannya sejak bayi akan merasa disingkirkan, kesepian, dan tidak percaya pada lingkungannya.

3. Faktor Biokimia

   Mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka di dalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia. Akibat stress berkepanjangan menyebabkan teraktivasinya neurotransmitter otak.

   Abnormalitas perkembangan sistem saraf yang berhubungan dengan respon neurobiologis yang maladaptif baru mulai dipahami. Ini ditunjukkan oleh penelitian-penelitian yang berikut:

   a) Penelitian pencitraan otak sudah menunjukkan keterlibatanotak yang lebih luas dalam perkembangan skizofrenia. Lesi pada daerah frontal, temporal dan limbik berhubungan dengan perilaku psikotik.
   b) Beberapa zat kimia di otak seperti dopamin neurotransmitter yang berlebihan dan masalah pada system reseptor dopamin dikaitkan dengan terjadinya skizofrenia.
   c) Pembesaran ventrikel dan penurunan massa kortikal menunjukkan terjadinya atropi yang signifikan pada otak manusia. Pada anatomi otak klien dengan skizofrenia kronis, ditemukan pelebaran lateral ventrikel, atropi korteks bagian depan dan atropi otak kecil (cerebellum). Temuan kelainan anatomi otak tersebut didukung oleh otopsi (post-mortem).

4. Faktor Psikologis

   Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. Hal ini berpengaruh pada ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa depannya. Klien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam hayal.

5. Faktor Genetik dan Pola Asuh

   Penelitian menunjukkan bahwa anak sehat yang diasuh oleh orang tua skizofrenia cenderung mengalami skizofrenia. Hasil studi menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini

2) Faktor Presipitasi

   Menurut Stuart (2007), faktor presipitasi terjadinya gangguan halusinasi adalah:

1. Biologis

   Gangguan dalam komunikasi dan putaran balik otak, yang mengatur proses informasi serta abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus yang diterima oleh otak untuk diinterpretasikan.

2. Stress lingkungan

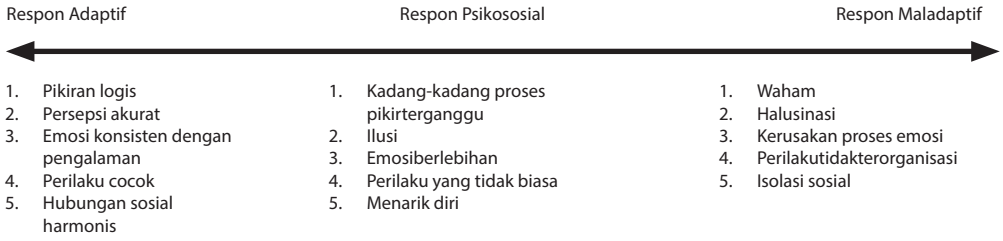
   Ambang toleransi terhadap stress yang berinteraksi terhadap stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan perilaku.

3. Sumber koping

   Sumber koping mempengaruhi respon individu dalam menanggapi stressor.

2. Rentang Respon

Rentang Respon Neurobiologis menurut Stuart dan Laria, 2001:



Keterangan Gambar:

a. Respon adaptif adalah respon yang dapat diterima norma-norma sosial budayayang berlaku. Dengan kata lain individu tersebut dalam batas normal jika menghadapi suatu masalah akan dapat memecahkan masalah tersebut.
   1. Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan.
   2. Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyatan.
   3. Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman ahli
   4. Perilaku sosial adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran.

b. Respon psikososial meliputi:
   1. Proses pikir terganggu adalah proses pikir yang menimbulkan gangguan.
   2. Ilusi adalah miss interpretasi atau penilaian yang salah tentang penerapanyang benar-benar terjadi (objek nyata) karena rangsangan panca indera.
   3. Emosi berlebihan atau berkurang.
   4. Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas kewajaran.
   5. Menarik diri adalah percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain.

c. Respon maladaptif

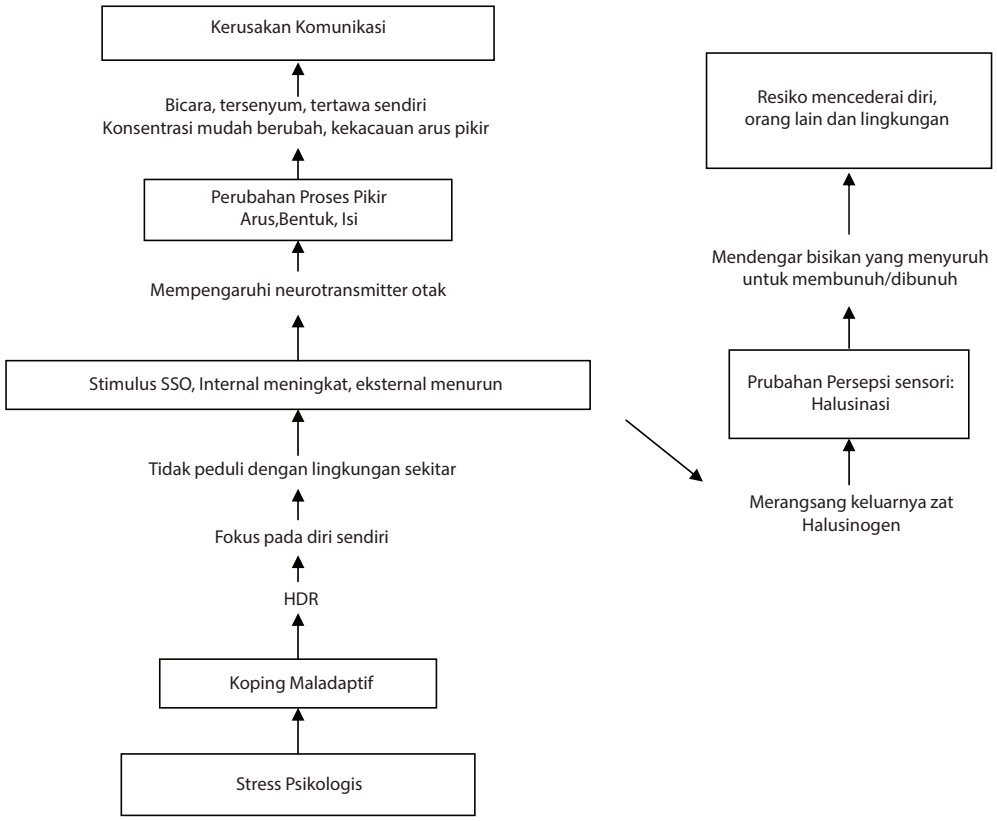
   Respon maladaptif adalah respon individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial budaya dan lingkungan, adapun responmaladaptif meliputi:
   1. Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankanwalaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataansosial.
   2. Halusinasi merupakan definisian persepsi sensori yang salah atau persepsi eksternalyang tidak realita atau tidak ada.
   3. Kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hati.

4. Perilaku tidak terorganisir merupakan suatu yang tidak teratur.
5. Isolasi sosial adalah kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam.

3. Fase-Fase Halusinasi

Fase Halusinasi	Karakteristik	Perilaku Klien
Fase I: Comforting Ansietas sedang Halusinasi-Menyenangkan "Menyenangkan"	Klien mengalami ansietas, kesepian, rasa bersalah dan takut, mencoba untuk berfokus pada pikiran yang menyenangkan untuk meredakan Ansietas. Individu mengenali bahwa pikiran dan pengalaman sensori dalam kendali kesadaran jika ansietas dapat ditangani (non psikotik)	- Tersenyum, tertawa yang tidak sesuai - Menggerakkan bibir tanpa suara - Pergerakan mata yang cepat - Respon verbal yang lambat - Diam, dipenuhi rasa yang mengasyikkan
Fase II: Condemning Ansietas berat Halusinasi menjadi menjijikkan. "Menyalahkan"	Pengalaman sensori menjijikan dan menakutkan klien lepas kendali dan mungkin mencoba untuk mengambil jarak dirinya dengan sumber yang dipersepsikan. Klien mungkin mengalami dipermalukan oleh pengalaman sensori dan menarik diri dari orang lain. Psikotik Ringan.	- Meningkatkan tanda-tanda sistem saraf otonom akibat ansietas (Nadi, RR, TD) meningkat - penyempitan kemampuan untuk konsentrasi - Asyik dengan pengalaman sensori dan kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dan realita
Fase III: Controlling Ansietas berat Pengalaman sensori menjadi berkuasa "Mengendalikan"	Klien berhenti atau menghentikan perlawanan terhadap halusinasi dan menyerah pada halusinasi tersebut. Isi halusinasi menjadi menarik,klien mungkin mengalami pengalaman kesepian jika sensori halusinasi berhenti. Psikotik.	- Lebih cenderung mengikuti petunjuk halusinasinya - Kesulitan berhubungan dengan orang lain - Rentang perhatian hanya dalam beberapa menit atau detik - Gejala fisik Ansietas berat, berkeringat, tremor, tidak mampu mengikuti petunjuk
Fase IV: Conquering panik umumnya menjadi melebur dalam halusinasinya.	Pengalaman sensori menjadi mengancam jika klien mengikuti perintah halusinasi. Halusinasi berahir dari beberapa jam atau hari jika tidak ada intervensi terapiutik. Psikotik Berat.	- Perilaku teror akibat panik - Potensial suicide atau homocide - Aktivitas fisik merefleksikan isi halusinasi seperti kekerasan, agitasi, menarik diri, katatonia - Tidak mampu merespon terhadap perintah yang kompleks - Tidak mampu merespon > 1 orang

4. Pathway halusinasi



5. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala halusinasi penting perlu diketahui oleh perawat agar dapat menetapkan masalah halusinasi ,antara lain:

1) Berbicara, tertawa dan tersenyum sendiri
2) Bersikap seperti mendengarkan sesuatu
3) Berhenti berbicara sesaat ditengah-tengah kalimat untuk mendengarkan sesuatu.
4) Disorientasi
5) Tidak mampu atau kurang konsentrasi
6) Cepat berubah pikiran
7) Alur pikir kacau
8) Respon yang tidak sesuai
9) Menarik diri
10) Suka marah dengan tiba-tiba dan menyerang orang lain tanpa sebab
11) Sering melamun

C. Proses Keperawatan

1. Pengkajian

Pada tahap ini ada beberapa faktor yang perlu di eksplorasi baik pada klien sendiri maupun keluarga berkenaan dengan kasus halusinasi yang meliputi:

1) Faktor predisposisi
   a. Faktor Genetis
      Telah diketahui bahwa secara genetis schizofienia diturunkan melalui kromosom-kromosom tertentu. Namun demikian, kromosom yang ke beberapa yang menjadi faktor penentu gangguan ini sampai sekarang masih dalam tahap penelitian. Diduga kromosom schizofrenia ada kromosom gangguan dengan kontribusi genetis tambahan nomor 4, 8, 15 dan 22.
   b. Faktor biologis
      Adanya gangguan pada otak menyebabkan timbulkan respon neurobiologikal maladaptif.peran pre frontal dan limbik cortices dalam regulasi stres berhubungan dengan aktivitas dopamin. Saraf pada pre frontal penting untuk memori,penurunan neuro pada area ini dapat menyebabkan kehilangan asosiasi.
   c. Faktor presipitasi Psikologis
      Keluarga, pengasuh, lingkungan. Pola asuh anak tidak adequat. Pertengkaran orang tua, penganiayaan, tidak kekerasan
   d. Sosial Budaya
      Kemiskinan, konflik sosial budaya, peperangan, dan kerusuhan
2) Faktor presipitasi
   1. Biologi
      Berlebihnya proses informasi pada sistem syaraf yang menerima dan memproses informasi di thalamus dan frontal otak. Mekanisme penghantaran listrik di syaraf terganggu (mekanisme gathing abnormal).
   2. Stress lingkungan
   3. Gejala-gejala pemicu seperti kondisi kesehatan, lingkungan, sikap, dan perilaku
      a. Kesehatan meliputi nutrisi yang kurang, kurang tidur, ketidakseimbangan irama sirkardian, kelelahan, infeksi, obat-obat sistem syaraf pusat, kurangnya latihan dan hambatan untuk menjangkau pelayanan kesehatan.
      b. Lingkungan meliputi lingkungan yang memusuhi, kritis rumah tangga, kehilangan kebebasan hidup, perubahan kebiasaan hidup, pola aktifitas sehari-hari, kesukaran dalam berhubungan dengan orang lain, isolasi sosial, kurangnya dukungan sosial, tekanan kerja (kurang ketrampilan dalam bekerja), stigmasisasi, kemiskinan, kurangnya alat transportasi, dan ketidakmampuan mendapat pekerjaan.
      c. Sikap atau perilaku seperti harga diri rendah, putus asa, merasa gagal, kehilangan kendali diri (demoralisasi), merasa punya kekuatan , tidak dapat

memenuhi kebutuhan spiritual atau merasa malang, bertindak seperti orang lain dari segi usia atau budaya, rendahnya kemampuan sosialisasi, perilaku agresif, perilaku kekerasaan, ketidakadekuatan pengobatan dan ketidakadekuatan penanganan gejala

3) Pemeriksaan Fisik
Memeriksa tanda-tanda vital, tinggi badan, berat badan, dan tanyakan apakah ada keluhan fisik yang dirasakan klien.

4) Psikososial
   1. Genogram
      Perbuatan genogram minimal 3 generasi yang menggambarkan hubungan klien dengan keluarga,masalah yang terkait dengan komunikasi, pengambilan keputusan, pola asuh, pertumbuhan individu dan keluarga.
   2. Konsep diri
      a. Gambaran diri
         Tanyakan persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi klien terhadap bagian tubuh yang tidak disukai dan bagian yang disukai.
      b. Identitas diri
         Klien dengan halusinasi tidak puas akan dirinya sendiri merasa bahwa klien tidak berguna.
      c. Fungsi peran
         Tugas atau peran klien dalam keluarga/pekerjaan/kelompok masyarakat, kemampuan klien dalam melaksanakan fungsi atau perannya, dan bagaimana perasaan klien akibat perubahan tersebut. Pada klien halusinasi bisa berubah atau berhenti fungsi peran yang disebabkan penyakit, trauma akan masa lalu, menarik diri dari orang lain,perilaku agresif.
      d. Ideal diri
         Harapan klien terhadap keadaan tubuh yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan atau sekolah, harapan klien terhadap lingkungan, harapan klien terhadap penyakitnya, bagaimana jika kenyataan tidak sesuai dengan harapannya. Pada klien yang mengalami halusinasi cenderung tidak peduli dengan diri sendiri maupun sekitarnya.
      e. Harga diri
         Klien yang mengalami halusinasi cenderung menerima diri tanpa syarat meskipun telah melakukan kesalahn, kekalahan dan kegagalan ia tetap merasa dirinya sangat berharga.
   3. Hubungan social
      Tanyakan siapa orang terdekat di kehidupan klien tempat mengadu,berbicara, minta bantuan, atau dukungan. Serta tanyakan organisasi yang di ikuti dalam kelompok/ masyarakat. Klien dengan halusinasi cenderung tidak mempunya orang terdekat, dan jarang mengikuti kegiatan yang ada dimasyarakat. Lebih senang menyendiri dan asyik dengan isi halusinasinya.

4. Spiritual
   Nilai dan keyakinan, kegiatan ibadah/menjalankan keyakinan, kepuasan dalam menjalankan keyakinan. Apakah isi halusinanya mempengaruhi keyakinan klien dengan Tuhannya.

5) Status mental
   1. Penampilan
      Melihat penampilan klien dari ujung rambut sampai ujung kaki. Pada klien dengan halusinasi mengalami defisit perawatan diri (penampilan tidak rapi. penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak seperti biasanya, rambut kotor, rambut seperti tidak pernah disisr, gigi kotor dan kuning, kuku panjang dan hitam). Raut wajah Nampak takut, kebingungan, cemas.
   2. Pembicaraan
      Klien dengan halusinasi cenderung suka berbicara sendiri, ketika di ajak bicara tidak focus. Terkadang yang dibicarakan tidak masuk akal.
   3. Aktivitas motoric
      Klien dengan halusinasi tampak gelisah,kelesuan, ketegangan, agitasi, tremor. Klien terlihat sering menutup telinga, menunjuk-nunjuk ke arah tertentu, menggaruk-garuk permukaan kulit, sering meludah, menutup hidung
   4. Afek emosi
      Pada klien halusinasi tingkat emosi lebih tinggi, perilaku agresif, ketakutan yang berlebih,eforia.
   5. Interaksi selama wawancara
      Klien dengan halusinasi cenderung tidak kooperatif (tidak dapat menjawab pertanyaan pewawancara dengan spontan) dan kontak mata kurang (tidak mau menatap lawan bicara) mudah tersinggung.
   6. Persepsi-sensori
      a. Jenis halusinasi
         - Halusinasi visual
         - Halusinasi suara
         - Halusinasi pengecap
         - Halusinasi kinestetik
         - Halusinasi visceral
         - Halusinasi histerik
         - Halusinasi hipnogogik
         - Halusinasi hipnopompik
         - Halusinasi perintah

      b. Waktu.
         Perawat juga perlu mengkaji waktu munculnnya halusinasi yang di alami pasien. Kapan halusinasi terjadi? apakah pagi, siang, sore, malam? jika muncul pukul berapa?

c. Frekuensi

Frekuensi terjadinnya apakah terus-menerus atau hanya sekali-kali, kadang-kadang, jarang atau sudah tidak muncul lagi. Dengan mengetahui frekuensi terjadinnya halusinasi dapat di rencanakan frekuensi tindakan untuk mencegah terjadinnya halusinasi. Pada klien halusinasi sering kali mengalami halusinasi pada saat klien tidak memiliki kegiatan/saat melamun maupun duduk sendiri.

d. Situasi yang menyebabkan munculnnya halusinasi.

Situasi terjadinnya apakah ketika sendiri, atau setelah terjadi kejadian tertentu?. Hal ini dilakukan untuk menentukan intervensi khusus pada waktu terjadi halusinasi, menghindari situasi yang menyebabkan munculnnya halusinasi, sehingga pasien tidak larut dengan halusinasinya.

e. Respons terhadap halusinasi.

Untuk mengetahui apa yang dilakukan pasien ketika halusinasi itu muncul. perawat dapat menannyakan kepada pasien hal yang dirasakan atau atau dilakukan saat halusinasi itu timbul.perawat juga dapat menannyakan kepada keluargannya atau orang terdekat pasien.selain itu dapat juga dengan mengobservasi prilaku pasien saat halusinasi timbul. Pada klien halusinasi sering kali marah,mudah tersinggung, merasa ceriga pada orang lain.

7. Proses berfikir
   a. Bentuk fikir

   Mengalami dereistik yaitu bentuk pemikiran yang tidak sesuai dengan kenyataan yang ada atau tidak mengikuti logika secara umum(tak ada sangkut pautnya antara proses individu dan pengalaman yang sedang terjadi). Klien yang mengalami halusinasi lebih sering was-was terhadap hal-hal yang dialaminya.

   b. Isi fikir

   Selalu merasa curiga terhadap suatu hal dan depersonalisasi yaitu perasaan yang aneh/asing terhadap diri sendiri,orang lain,lingkungan sekitarnya. Berisikan keyakinan berdasarkan penilaian non realistis.
8. Tingkat kesadaran

   Pada klien halusinasi sering kali merasa bingung, apatis(acuh tak acuh).
9. Memori
   a. Daya ingat jangka panjang: mengingat kejadian masa lalu lebih dari 1 bulan
   b. Daya ingat jangka menengah: dapat mengingat kejadian yang terjadi 1 minggu terakhir
   c. Daya ingat jangka pendek: dapat mengingat kejadian yang terjadi saat ini.
10. Tingkat konsentrasi dan berhitung

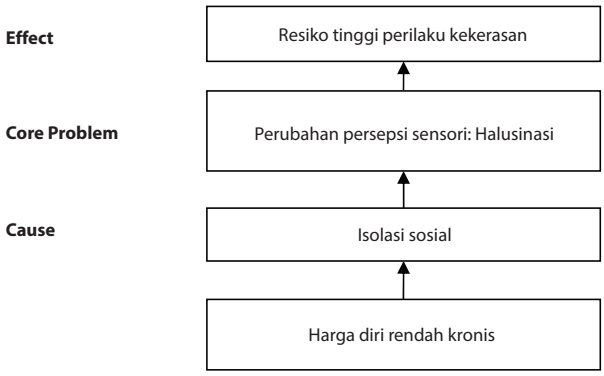
    Pada klien dengan halusinasi tidak dapat berkonsentrasi dan dapat menjelaskan kembali pembicaraan yang baru saja di bicarakan dirinya/orang lain.

11. Kemampuan penilaian mengambil keputusan
    a. Gangguan ringan: dapat mengambil keputusan secara sederhana baik dibantu orang lain/tidak.
    b. Gangguan bermakna: tidak dapat mengambil keputusan secara sederhana cenderung mendengar/melihat ada yang di perintahkan.
12. Daya tilik diri
    Pada klien halusinasi cenderung mengingkari penyakit yang diderita: klien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu minta pertolongan/klien menyangkal keadaan penyakitnya, klien tidak mau bercerita tentang penyakitnya.

6) Kebutuhan perencanaan pulang
    1. Kemampuan klien memenuhi kebutuhan
       Tanyakan Apakah klien mampu atau tidak mampu memenuhi kebutuhannya sendiri.
    2. Kegiatan hidup sehari-hari
        a. Perawatan diri
           Pada klien halusinasi tidak mampu melakukan kegiatan hidup sehari-hari seperti mandi, kebersihan, ganti pakaian secara mandiri perlu bantuan minimal.
        b. Tidur
           Klien halusinasi cenderung tidak dapat tidur yang berkualitas karena kegelisahan, kecemasan akan hal yang tidak realita.
    3. Kemampuan klien lain-lain
       Klien tidak dapat mengantisipasi kebutuhan hisupnya,dan membuat keputusan.
    4. Klien memiliki sistem pendukung
       Klien halusinasi tidak memiliki dukungan dari keluarga maupun orang sekitarnya karena kurangnya pengetahuan keluarga bisa menjadi penyebab. Klien dengan halusinasi tidak mudah untuk percaya terhadap orang lain selalu merasa curigs.
    5. Klien menikmati saat bekerja/kegiatan produktif/hobi
       Klien halusinasi merasa menikmati pekerjaan,kegiatan yang produktif karena ketika klien melakukan kegiatan berkurangnya pandangan kosong.
7) Mekanisme koping
    Biasanya pada klien halusinasi cenderung berprilaku maladaptif, seperti mencederai diri sendiri dan orang lain di sekitarnnya. Malas beraktifitas, perubahan suatu persepsi dengan berusaha untuk mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain, mempercayai orang lain dan asyik dengan stimulus intenal.
8) Masalah psikososial dan lingkungan
    Biasannya pada klien halusinasi mempunyai masalah di masalalu dan mengakibatkan dia menarik diri dari masyarakat dan orang terdekat.

9) Aspek pengetahuan
Pada klien halusinasi kurang mengetahui tentang penyakit jiwa karena tidak merasa hal yang dilakukan dalam tekanan.
10) Daya tilik diri
Mengingkari penyakit yang diderita: klien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emos) pada dirinya dan merasa tidak perlu minta pertolongan/klien menyangkal keadan penyakitnya.
11) Aspek medis
Memberikan penjelasan tentang diagnostik medik dan terapi medis. Pada klien halusinasi terapi medis seperti Haloperidol(HLP), Clapromazine (CPZ), Trihexyphenidyl (THP).

2. Pohon Masalah



3. Diagnosa Keperawatan

a. Perubahan persepsi sensori; halusinasi pendengaran
b. Isolasi social
c. Resiko tinggi perilaku kekerasan

4. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan		Intervensi	Rasional
Tujuan	Kriteria Hasil		
Tujuan Umum: Klien tidak menciderai diri sendiri atau orang lain ataupun lingkungan.			

Perencanaan		Intervensi	Rasional
Tujuan	**Kriteria Hasil**		
TUK 1: Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat.	Klien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat, dengan kriteria hasil: - Membalas sapaan perawat - Ekspresi wajah bersahabat dan senang - Ada kontak mata - Mau berjabat tangan - Mau menyebutkan nama - Klien mau duduk berdampingan dengan perawat - Klien mau mengutarakan masalah yang dihadapi	1. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik: a. Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal b. Perkenalkan diri dengan sopan c. Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan kesukaan klien d. Jelaskan maksud dan tujuan interaksi e. Berikan perhatian pada klien, perhatikan kebutuhan dasarnya 2. Beri kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaannya 3. Dengarkan ungkapan klien dengan empati	Hubungan saling percaya merupakan langkah awal menentukan keberhasilan rencana selanjutnya. Untuk mengurangi kontak klien dengan halusinasinya dengan mengenal halusinasi akan membantu mengurangi dan menghilangkan halusinasi.
TUK 2: Klien dapat mengenali halusinasinya.	Klien mampu mengenali halusinasinya dengan kriteria hasil: - Klien dapat menyebutkan waktu, timbulnya halusinasi - Klien dapat mengidentifikasi kapan frekuensi situasi saat terjadi halusinasi - Klien dapat mengungkapkan perasaannya.	1. Adakan kontak sering dan singkat secara bertahap 2. Tanyakan apa yang didengar dari halusinasinya 3. Tanyakan kapan halusinasinya datang 4. Tanyakan isi halusinasinya 5. Bantu klien mengenalkan halusinasinya - Jika menemukan klien sedang berhalusinasi, tanyakan apakah ada suara yang didengar - Jika klien menjawab ada, laanjutkan apa yang dikatakan - Katakan bahwa perawat percaya klien mendengar suara itu, namun perawat sendiri tidak - Katakan bahwa klien lain juga ada yang seperti klien	Mengetahui apakah halusinasi datang dan menentukan tindakan yang tepat atas halusinasinya. Mengenalkan pada klien terhadap halusinasinya dan mengidentifikasi faktor pencetus halusinasinya. Menentukan tindakan yang sesuai bagi klien untuk mengontrol halusinasinya

Perencanaan		Intervensi	Rasional
Tujuan	**Kriteria Hasil**		
		- Katakan bahwa perawat akan membantu klien 6. Diskusikan dengan klien: - Situasi yang menimbulkan atau tidak menimbulkan halusinasi - Waktu, frekuensi terjadinya halusinasi 7. Diskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi (marah, takut, sedih, senang) beri kesempatan mengungkapkan perasaannya	
TUK 3: Klien dapat mengontrol halusinasinya.	- Klien dapat mengidentifikasi tindakan yang dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya - Klien dapat menunjukkan cara baru untuk mengontrol halusinasi.	1. Identifikasi bersama klien tindakan yang biasa dilakukan bila terjadi halusinasi 2. Diskusikan manfaat dan cara yang digunakan klien, jika bermanfaat beri pujian 3. Diskusikan cara baik memutus atau mengontrol halusinasi - Katakan 'saya tidak mau dengar kamu (pada saat halusinasi terjadi) - Temui orang lain (perawat atau teman atau anggota keluarga) untuk bercakap-cakap atau mengatakan halusinasi yang didengar - Membuat jadwal kegiatan sehari-hari - Meminta keluarga atau teman atau perawat untuk menyapa klien jika tampak berbicara sendiri, melamun atau kegiatan yang tidak terkontrol	

Perencanaan		Intervensi	Rasional
Tujuan	**Kriteria Hasil**		
		4. Bantu klien memilih dan melatih cara memutus halusinasi secara bertahap 5. Beri kesempatan untuk melakukan cara yang dilatih. evaluasi hasilnya dan beri pujian jika berhasil. 6. Anjurkan klien mengikuti terapi aktivitas kelompok. jenis orientasi realita atau stimulasi persepsi	
TUK 4: Klien dapat dukungan dari keluarga untuk mengontrol halusinasinya	- Klien dapat memilih cara mengatasi halusinasi - Klien melaksanakan cara yang telah dipilih untuk memutus halusinasinya - Klien dapat mengikuti terapi aktivitas kelompok.	1. Anjurkan klien untuk memberi tahu keluarga jika mengalami halusinasi. 2. Diskusikan dengan keluarga (pada saat keluarga berkunjung atau kunjungan rumah) a. Gejala halusinasi yang dialami klien b. Cara yang dapat dilakuakan klien dan keluarga untuk memutus halusinasi c. Cara merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi di rumah: beri kegiatan, jangan biarkan sendiri, makan bersama, bepergian bersama. d. Beri informasi wakto follow up atau kapan perlu mendapat bantuan halusinasi tidak terkontrol dan resiko menciderai orang lain. 3. Diskusikan dengan keluarga dan klien tentang jenis, dosis, frekuensi dan manfaat obat 4. Pastikan klien minum obat sesuai dengan program dokter	Membantu klien menentukan cara mengontrol halusinasi. Periode berlangsungnya halusinasinya: 1. memberi support kepada klien 2. menambah pengetahuan klien untuk melakukan tindakan pencegahan halusinasi Membantu klien untuk beradaptasi dengan cara alternatife yang ada. Memberi motivasi agar cara diulang.

Perencanaan		Intervensi	Rasional
Tujuan	**Kriteria Hasil**		
TUK 5: Klien dapat menggunakan obat dengan benar untuk mengendalikan halusinasinya	- Keluarga dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat - Keluarga dapat menyebutkan pengertian, tanda, tindakan untuk mengalihkan halusinasi - Klien dan keluarga dapat menyebutkan manfaat, dosis dan efek samping obat. Klien minum obat secara teratur - Klien dapat informasi tentang manfaat dan efek samping obat - Klien dapat memahami akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi - Klien dapat menyebutkan prinsip 5 benar penggunaan obat.	1. Anjurkan klien bicara dengan dokter tentang manfaat dan efek samping obat 2. Diskusikan akibat berhenti obat tanpa konsultasi 3. Bantu klien menggunakan obat dengan prinsip 5 benar	Partisipasi klien dalam kegiatan tersebut membantu klien beraktivitas sehingga halusinasi tidak muncul. Meningkatkan pengetahuan keluarga tentang obat Membantu mempercepat penyembuhan dan memastikan obat sudah diminum oleh klien. Meningkatkan pengetahuan tentang manfaat dan efek samping obat. Mengetahui reaksi setelah minum obat. Ketepatan prinsip 5 benar minum obat membantu penyembuhan dan menghindari kesalahan minum obat serta membantu tercapainya standar.

5. Strategi Pelaksanaan (SP) Berdasarkan Pertemuan

Sp 1 Pasien:

1. Mengidentifikasi jenis halusinasi pasien
2. Mengidentifikasi isi halusinasi pasien
3. Mengidentifikasi waktu halusinasi pasien
4. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi pasien
5. Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi
6. Mengidentifikasi respon pasien terhadap halusinasi
7. Mengajarkan pasien menghardik halusinasi
8. Menganjurkan pasien memasukkan cara menghardik halusinasi dan jadwal kegiatan harian.

Sp 2 pasien:

1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
2. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain
3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan sehari-hari

SP 3 pasien:

1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
2. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan(kegiatan yang biasa dilakukkan pasien).
3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan sehari-hari

SP 4 pasien:

1. Evaluasi jadwal pasien yang lalu (SP 1, 2, 3)
2. Menanyakan pengobatan sebelumnya
3. Menjelaskan tentang pengobatan
4. Melatih pasien minum obat (5 benar)
5. Masukkan jadwal

Sp1 keluarga:

1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam rawat pasien.
2. Menjelaskan pengertian,tanda dan gejala halusinasi dsn jenis halusinasi yang di alami pasien beserta proses terjadinya.
3. Menjelaskan cara-cara merawat pasien halusinasi.

Sp 2 Keluarga:

1. Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan halusinasi.
2. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien halusinasi

SP 3 Keluarga:

1. Membantu keluarga membuat jadwal kegiatan aktifitas dirumah termasuk minum obat.
2. Menjelaskan follow up pasien setelah pulang

6. Implementasi

SP 1 Pasien: Membantu pasien mengenal halusinasi, menjelaskan cara-cara mengontrol halusinasi, mengajarkan pasien mengontrol halusinasi dengan cara pertama: menghardik halusinasi

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK)

1. **Fase Prainteraksi**
   Kondisi: Klien mengatakan mendengar suara-suara yang ingin membunuh dirinya. Klien memukul-mukul, melempar-lempar barang. Klien sering melirik ke sisi kiri dengan ekspresi ketakutan.

   Diagnosa Kep: Perubahan persepsi sensori; halusinasi pendengaran

   Tujuan Khusus: TUK 1, 2, 3,

   Intervensi: SP1 Pasien

2. **Fase Orientasi:**
   "Selamat pagi D. Saya perawat yang akan merawat D. Nama Saya SS, senang dipanggil S. Nama D siapa? Senang dipanggil apa"

   "Bagaimana perasaan D hari ini? Apa keluhan D saat ini"

   "Baiklah, bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang suara yang selama ini D dengar tetapi tak tampak wujudnya? Di mana kita duduk? Di ruang tamu? Berapa lama? Bagaimana kalau 30 menit"

3. **Fase Kerja:**
   "Apakah D mendengar suara tanpa ada ujudnya?Apa yang dikatakan suara itu?"

   " Apakah terus-menerus terdengar atau sewaktu-waktu? Kapan yang paling sering D dengar suara? Berapa kali sehari D alami? Pada keadaan apa suara itu terdengar? Apakah pada waktu sendiri?"

   " Apa yang D rasakan pada saat mendengar suara itu?"

   "Apa yang D lakukan saat mendengar suara itu? Apakah dengan cara itu suara-suara itu hilang? Bagaimana kalau kita belajar cara-cara untuk mencegah suara-suara itu muncul?

   " D , ada empat cara untuk mencegah suara-suara itu muncul. Pertama, dengan menghardik suara tersebut. Kedua, dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. Ketiga, melakukan kegiatan yang sudah terjadwal, dan yang ke empat minum obat dengan teratur."

   "Bagaimana kalau kita belajar satu cara dulu, yaitu dengan menghardik".

   "Caranya sebagai berikut: saat suara-suara itu muncul, langsung D bilang, pergi saya tidak mau dengar, … Saya tidak mau dengar. Kamu suara palsu. Begitu diulang-ulang sampai suara itu tak terdengar lagi. Coba D peragakan! Nah begitu, … bagus! Coba lagi! Ya bagus D sudah bisa"

4. **Fase Terminasi:**
   "Bagaimana perasaan D setelah peragaan latihan tadi?" Kalau suara-suara itu muncul lagi, silakan coba cara tersebut ! bagaimana kalu kita buat jadwal latihannya. Mau jam berapa saja latihannya? (Saudara masukkan kegiatan latihan menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian pasien). Bagaimana kalau kita bertemu lagi untuk belajar dan latihan mengendalikan suara-suara dengan cara yang kedua? Jam berapa D?Bagaimana kalau dua jam lagi? Berapa lama kita akan berlatih?Dimana tempatnya"

   "Baiklah, sampai jumpa.Selamat pagi"**.**

SP 2 Pasien: Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara kedua: bercakap-cakap dengan orang lain

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK)

1. **Fase Prainteraksi**
   Kondisi: Klien sudah mengenal isi halusinasinya suara yg tidak ada wujudnya dan sudah berlatih menghardik bila suara itu muncul.
   Diagnosa Kep: Perubahan persepsi sensori; halusinasi pendengaran
   Tujuan Khusus: TUK 3
   Intervensi: SP 2 Pasien

2. **Fase Orientasi**:
   " Selamat pagi D. Bagaimana perasaan D hari ini? Apakah suara-suaranya masih muncul? Apakah sudah dipakai cara yang telah kita latih?Berkurangkan suara-suaranya Bagus ! Sesuai janji kita tadi saya akan latih cara kedua untuk mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Kita akan latihan selama 20 menit. Mau di mana? Di sini saja?

3. **Fase Kerja**:
   "Cara kedua untuk mencegah/mengontrol halusinasi yang lain adalah dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Jadi kalau D mulai mendengar suara-suara, langsung saja cari teman untuk diajak ngobrol. Minta teman untuk ngobrol dengan D. Contohnya begini; … tolong, saya mulai dengar suara-suara. Ayo ngobrol dengan saya! Atau kalau ada orang dirumah misalnya Kakak D katakan: Kak, ayo ngobrol dengan D. D sedang dengar suara-suara. Begitu D. Coba D lakukan seperti saya tadi lakukan. Ya, begitu. Bagus! Coba sekali lagi! Bagus! Nah, latih terus ya D!"

4. **Fase Terminasi:**
   "Bagaimana perasaan D setelah latihan ini? Jadi sudah ada berapa cara yang D pelajari untuk mencegah suara-suara itu? Bagus, cobalah kedua cara ini kalau D mengalami halusinasi lagi. Bagaimana kalau kita masukkan dalam jadwal kegiatan harian D. Mau jam berapa latihan bercakap-cakap? Nah nanti lakukan secara teratur serta sewaktu-waktu suara itu muncul! Besok pagi saya akan ke mari lagi. Bagaimana kalau kita latih cara yang ketiga yaitu melakukan aktivitas terjadwal? Mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 10.00? Mau di mana/Di sini lagi? Sampai besok ya. Selamat pagi".

SP 3 Pasien: Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara ketiga: melaksanakan aktivitas terjadwal

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK)

1. **Fase Prainteraksi**
   Kondisi: Klien sudah berlatih cara mengontrol halusinasi cara yg kedua yaitu bercakap dengan orang lain saat halusinasi muncul. Pasien masih mendengar suara itu dimalam hari tetapi hanya sebentar.
   Diagnosa Kep: Perubahan persepsi sensori; halusinasi pendengaran
   Tujuan Khusus: TUK 3
   Intervensi: SP 3 Pasien

2. **Fase Orientasi:**
   "Selamat pagi D. Bagaimana perasaan D hari ini? Apakah suara-suaranya masih muncul? Apakah sudah dipakai dua cara yang telah kita latih? Bagaimana hasilnya? Bagus ! Sesuai janji kita, hari ini kita akan belajar cara yang ketiga untuk mencegah halusinasi yaitu melakukan kegiatan terjadwal. Mau di mana kita bicara? Baik kita duduk di ruang tamu. Berapa lama kita bicara? Bagaimana kalau 30 menit? Baiklah."

3. **Fase Kerja:**
   "Apa saja yang biasa D lakukan? Pagi-pagi apa kegiatannya, terus jam berikutnya (terus ajak sampai didapatkan kegiatannya sampai malam). Wah banyak sekali kegiatannya. Mari kita latih dua kegiatan hari ini (latih kegiatan tersebut). Bagus sekali D bisa lakukan. Kegiatan ini dapat D lakukan untuk mencegah suara tersebut muncul. Kegiatan yang lain akan kita latih lagi agar dari pagi sampai malam ada kegiatan.

4. **Fase Terminasi:**
   "Bagaimana perasaan D setelah kita bercakap-cakap cara yang ketiga untuk mencegah suara-suara? Bagus sekali! Coba sebutkan 3 cara yang telah kita latih untuk mencegah suara-suara. Bagus sekali. Mari kita masukkan dalam jadwal kegiatan harian D. Coba lakukan sesuai jadwal ya!(Saudara dapat melatih aktivitas yang lain pada pertemuan berikut sampai terpenuhi seluruh aktivitas dari pagi sampai malam) Bagaimana kalau menjelang makan siang nanti, kita membahas cara minum obat yang baik serta guna obat. Mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 12.00 pagi?Di ruang makan ya! Sampai jumpa. Selamat pagi.

SP 4 Pasien: Melatih pasien menggunakan obat secara teratur

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK)

1. **Fase Prainteraksi**
   Kondisi: Pasien sudah jarang mendenagr suara halusinasinya. Sudah mampu mempraktekkan cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dan membuat jadual harian.
   Diagnosa Kep: Perubahan persepsi sensori; halusinasi pendengaran
   Tujuan Khusus: TUK 6
   Intervensi: SP 4 Pasien

2. **Fase Orientasi**:
   "Selamat pagi D. Bagaimana perasaan D hari ini? Apakah suara-suaranya masih muncul? Apakah sudah dipakai tiga cara yang telah kita latih? Apakah jadwal kegiatannya sudah dilaksanakan? Apakah pagi ini sudah minum obat? Baik. Hari ini kita akan mendiskusikan tentang obat-obatan yang D minum. Kita akan diskusi selama 20 menit sambil menunggu makan siang. Di sini saja ya D?"

3. **Fase Kerja**:
   "D adakah bedanya setelah minum obat secara teratur. Apakah suara-suara berkurang/hilang? Minum obat sangat penting supaya suara-suara yang D dengar dan mengganggu selama ini tidak muncul lagi. Berapa macam obat yang D minum? (Perawat menyiapkan obat pasien) Ini yang warna orange (CPZ) 3 kali sehari jam 7 pagi, jam 1 siang dan jam 7 malam gunanya untuk menghilangkan suara-suara. Ini yang putih (THP)3 kali sehari jam nya sama gunanya untuk rileks dan tidak kaku. Sedangkan yang merah jambu (HP) 3 kali sehari jam nya sama gunanya untuk pikiran biar tenang.

Kalau suara-suara sudah hilang obatnya tidak boleh diberhentikan. Nanti konsultasikan dengan dokter, sebab kalau putus obat, D akan kambuh dan sulit untuk mengembalikan ke keadaan semula. Kalau obat habis D bisa minta ke dokter untuk mendapatkan obat lagi. D juga harus teliti saat menggunakan obat-obatan ini. Pastikan obatnya benar, artinya D harus memastikan bahwa itu obat yang benar-benar punya D. Jangan keliru dengan obat milik orang lain. Baca nama kemasannya. Pastikan obat diminum pada waktunya, dengan cara yang benar. Yaitu diminum sesudah makan dan tepat jamnya. D juga harus perhatikan berapa jumlah obat sekali minum, dan harus cukup minum 10 gelas per hari"

4. **Fase Terminasi**:
"Bagaimana perasaan D setelah kita bercakap-cakap tentang obat? Sudah berapa cara yang kita latih untuk mencegah suara-suara? Coba sebutkan! Bagus! (jika jawaban benar). Mari kita masukkan jadwal minum obatnya pada jadwal kegiatan D. Jangan lupa pada waktunya minta obat pada perawat atau pada keluarga kalau di rumah. Nah makanan sudah datang. Besok kita ketemu lagi untuk melihat manfaat 4 cara mencegah suara yang telah kita bicarakan. Mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 10.00. sampai jumpa. Selamat pagi.

7. Tindakan Keperawatan Kepada Keluarga

a. Tujuan:
   1. Keluarga dapat terlibat dalam perawatan pasien
   2. Keluarga dapat menjadi sistem pendukung yang efektif untuk pasien.

b. Tindakan Keperawatan

Keluarga merupakan faktor penting yang menentukan keberhasilan asuhan keperawatan pada pasien dengan halusinasi. Dukungan keluarga selama pasien di rawat di rumah sakit sangat dibutuhkan sehingga pasien termotivasi untuk sembuh. Demikian juga saat pasien tidak lagi dirawat di rumah sakit (dirawat di rumah). Keluarga yang mendukung pasien secara konsisten akan membuat pasien mampu mempertahankan program pengobatan secara optimal. Namun demikian jika keluarga tidak mampu merawat pasien, pasien akan kambuh bahkan untuk memulihkannya lagi akan sangat sulit. Untuk itu perawat harus memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga agar keluarga mampu menjadi pendukung yang efektif bagi pasien dengan halusinasi baik saat di rumah sakit maupun di rumah.

Tindakan keperawatan yang dapat diberikan untuk keluarga pasien halusinasi adalah:

1) Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien
2) Berikan pendidikan kesehatan tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami pasien, tanda dan gejala halusinasi, proses terjadinya halusinasi, dan cara merawat pasien halusinasi.
3) Berikan kesempatan kepada keluarga untuk memperagakan cara merawat pasien dengan halusinasi langsung di hadapan pasien
4) Buat perencanaan pulang dengan keluarga

SP 1 Keluarga: Pendidikan Kesehatan tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami pasien, tanda dan gejala halusinasi dan cara-cara merawat pasien halusinasi.

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK)

1. **Fase Prainteraksi**
   Kondisi: Klien sudah berlatih cara mengontrol halusinasi di rumah sakit dan memanfaatkan obat dengan benar. Keluarga mengunjungi klien dan terlihat sedih dan bingung dengan kondisi klien
   Diagnosa Kep: Perubahan persepsi sensori; halusinasi pendengaran
   Tujuan Khusus: TUK 5
   Intervensi: SP 1 Keluarga

2. **Fase Orientasi**:
   " Selamat pagi Bapak/Ibu!""Saya SS, perawat yang merawat anak Bapak/Ibu."
   "Bagaimana perasaan Bapak/Ibu hari ini? Apa pendapat Bapak/Ibu tentang anak Bapak/Ibu?"
   "Hari ini kita akan berdiskusi tentang apa masalah yang anak Bapak/Ibu alami dan bantuan apa yang Bapak/Ibu bisa berikan."
   "Kita mau diskusi di mana? Bagaimana kalau di ruang wawancara? Berapa lama waktu Bk/Ibu? Bagaimana kalau 30 menit"

3. **Fase Kerja**:
   "Apa yang Bpk/Ibu rasakan menjadi masalah dalam merawat D. Apa yang Bpk/Ibu lakukan?"
   "Ya, gejala yang dialami oleh anak Bapak/Ibu itu dinamakan halusinasi, yaitu mendengar atau melihat sesuatu yang sebetulnya tidak ada bendanya.
   "Tanda-tandanya bicara dan tertawa sendiri,atau marah-marah tanpa sebab"
   "Jadi kalau anak Bapak/Ibu mengatakan mendengar suara-suara, sebenarnya suara itu tidak ada."
   "Kalau anak Bapak/Ibu mengatakan melihat bayangan-bayangan, sebenarnya bayangan itu tidak ada."
   "Untuk itu kita diharapkan dapat membantunya dengan beberapa cara. Ada beberapa cara untuk membantu anak Bapak/Ibu agar bisa mengendalikan halusinasi. Cara-cara tersebut antara lain: Pertama, dihadapan anak Bapak/Ibu, jangan membantah halusinasi atau menyokongnya. Katakan saja Bapak/Ibu percaya bahwa anak tersebut memang mendengar suara atau melihat bayangan, tetapi Bapak/Ibu sendiri tidak mendengar atau melihatnya".
   "Kedua, jangan biarkan anak Bapak/Ibu melamun dan sendiri, karena kalau melamun halusinasi akan muncul lagi. Upayakan ada orang mau bercakap-cakap dengannya. Buat kegiatan keluarga seperti makan bersama, sholat bersama-sama. Tentang kegiatan, saya telah melatih anak Bapak/Ibu untuk membuat jadwal kegiatan sehari-hari. Tolong Bapak/Ibu pantau pelaksanaannya, ya dan berikan pujian jika dia lakukan!"
   "Ketiga, bantu anak Bapak/Ibu minum obat secara teratur. Jangan menghentikan obat tanpa konsultasi. Terkait dengan obat ini, saya juga sudah melatih anak Bapak/Ibu untuk minum obat secara teratur. Jadi bapak/Ibu dapat mengingatkan kembali. Obatnya ada 3 macam, ini yang orange namanya CPZ gunanya untuk menghilangkan suara-suara atau bayangan. Diminum 3 X sehari pada jam 7 pagi, jam 1 siang dan jam 7 malam. Yang putih namanya THP gunanya membuat rileks, jam minumnya sama dengan CPZ tadi. Yang biru namanya HP gunanya menenangkan cara berpikir, jam minumnya sama dengan CPZ. Obat perlu selalu diminum untuk mencegah kekambuhan"

"Terakhir, bila ada tanda-tanda halusinasi mulai muncul, putus halusinasi anak Bapak/Ibu dengan cara menepuk punggung anak Bapak/Ibu. Kemudian suruhlah anak Bapak/Ibu menghardik suara tersebut. Anak Bapak/Ibu sudah saya ajarkan cara menghardik halusinasi".

"Sekarang, mari kita latihan memutus halusinasi anak Bapak/Ibu. Sambil menepuk punggung anak Bapak/Ibu, katakan: D, sedang apa kamu?Kamu ingat kan apa yang diajarkan perawat bila suara-suara itu datang? Ya..Usir suara itu, D. Tutup telinga kamu dan katakan pada suara itu "saya tidak mau dengar". Ucapkan berulang-ulang, D"

"Sekarang coba Bapak/Ibu praktekkan cara yang barusan saya ajarkan"

"Bagus Pak/Bu"

4. **Fase Terminasi**:
"Bagaimana perasaan Bapak/Ibu setelah kita berdiskusi dan latihan memutuskan halusinasi anak Bapak/Ibu?"

"Sekarang coba Bapak/Ibu sebutkan kembali tiga cara merawat anak bapak/Ibu"

"Bagus sekali Pak/Bu. Bagaimana kalau dua hari lagi kita bertemu untuk mempraktekkan cara memutus halusinasi langsung dihadapan anak Bapak/Ibu"

"Jam berapa kita bertemu?"

Baik, sampai Jumpa. Selamat pagi.

SP 2 Keluarga: Melatih keluarga praktek merawat pasien langsung dihadapan pasien.

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK)

1. **Fase Prainteraksi**
Kondisi**:** Keluarga sudah mendapatkan penjelasan tentang kondisi klien dan cara merawatnya dirumah

Diagnosa Kep: Perubahan persepsi sensori; halusinasi pendengaran

Tujuan Khusus: TUK 5

Intervensi: SP 1 Keluarga

2. **Fase Orientasi:**
" Selamat pagi"

"Bagaimana perasaan Bapak/Ibu pagi ini?"

"Apakah Bapak/Ibu masih ingat bagaimana cara memutus halusinasi anak Bapak/Ibu yang sedang mengalami halusinasi?Bagus!"

" Sesuai dengan perjanjian kita, selama 20 menit ini kita akan mempraktekkan cara memutus halusinasi langsung dihadapan anak Bapak/Ibu".

"mari kita datangi Anak bapak/Ibu"

3. **Fase Kerja**:
" Selamat pagi D" "D, Bapak//Ibu D sangat ingin membantu D mengendalikan suara-suara yang sering D dengar. Untuk itu pagi ini Bapak/Ibu D datang untuk mempraktekkan cara memutus suara-suara yang D dengar. D nanti kalau sedang dengar suara-suara bicara atau tersenyum-senyum sendiri, maka Bapak/Ibu akan mengingatkan seperti ini" "Sekarang, coba Bapak/Ibu peragakan

cara memutus halusinasi yang sedang D alami seperti yang sudah kita pelajari sebelumnya. Tepuk punggung D lalu suruh D mengusir suara dengan menutup telinga dan menghardik suara tersebut" (saudara mengobservasi apa yang dilakukan keluarga terhadap pasien)Bagus sekali!Bagaimana D? Senang dibantu Bapak/Ibu? Nah Bapak/Ibu ingin melihat jadwal harian D. (Pasien memperlihatkan dan dorong orang tua memberikan pujian) Baiklah, sekarang saya dan orang tua D ke ruang perawat dulu" (Saudara dan keluarga meninggalkan pasien untuk melakukan terminasi dengan keluarga).

4. **Fase Terminasi:**
   "Bagaimana perasaan Bapak/Ibu setelah mempraktekkan cara memutus halusinasi langsung dihadapan anak Bapak/Ibu"

   "Dingat-ingat pelajaran kita hari ini ya Pak/Bu. Bapak/Ibu dapat melakukan cara itu bila anak Bapak/Ibu mengalami halusinas".

   "bagaimana kalau kita bertemu dua hari lagi untuk membicarakan tentang jadwal kegiatan harian anak Bapak/Ibu untuk persiapan di rumah. Jam berapa Bapak/Ibu bisa datang?Tempatnya di sini ya. Sampai jumpa."

SP 3 Keluarga: Membuat perencanaan pulang bersama keluarga

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK)

1. **Fase Prainteraksi**
   Kondisi: Keluarga sudah mengerti cara merawat klien dirumah dan sudah dilatih langsung ke klien. Kondisi klien sudah mampu memulai tidak mendengar suara halusinasinya lagi

   Diagnosa Keperawatan: Perubahan persepsi sensori; halusinasi pendengaran

   Tujuan Khusu: TUK 5

   Intervensi: SP 3 Kelaurga

2. **Fase Orientasi**
   "Selamat pagi Pak/Bu, karena besok D sudah boleh pulang, maka sesuai janji kita sekarang ketemu untuk membicarakan jadual D selama dirumah"

   "Bagaimana pak/Bu selama Bapak/Ibu membesuk apakah sudah terus dilatih cara merawat D?"

   "Nah sekarang kita bicarakan jadwal D di rumah? Mari kita duduk di ruang perawat!"

   "Berapa lama Bapak/Ibu ada waktu? Bagaimana kalau 30 menit?"

3. **Fase Kerja**
   "Ini jadwal kegiatan D di rumah sakit. Jadwal ini dapat dilanjutkan di rumah. Coba Bapak/Ibu lihat mungkinkah dilakukan di rumah. Siapa yang kira-kira akan memotivasi dan mengingatkan?"Pak/Bu jadwal yang telah dibuat selama D di rumah sakit tolong dilanjutkan dirumah, baik jadwal aktivitas maupun jadwal minum obatnya"

   "Hal-hal yang perlu diperhatikan lebih lanjut adalah perilaku yang ditampilkan oleh anak ibu dan bapak selama di rumah.Misalnya kalau B terus menerus mendengar suara-suara yang mengganggu dan tidak memperlihatkan

   perbaikan, menolak minum obat atau memperlihatkan perilaku membahayakan orang lain. Jika hal ini terjadi segera hubungi Suster B di Puskesmas terdekat dari rumahBapak/Ibu, ini nomor telepon puskesmasnya: (0321) 554xxx

   Selanjutnya suster B yang akan membantu memantau perkembangan D selama di rumah

4. Fase Terminasi
"Bagaimana Bapak/Ibu? Ada yang ingin ditanyakan? Coba Ibu sebutkan cara-cara merawat D di rumah! Bagus(jika ada yang lupa segera diingatkan oleh perawat. Ini jadwalnya untuk dibawa pulang. Selanjutnya silakan ibu menyelesaikan administrasi yang dibutuhkan. Kami akan siapkan D untuk pulang"

8. Evaluasi

1. Kemampuan pasien dan keluarga

PENILAIAN KEMAMPUAN PASIEN DAN KELUARGA PASIEN DENGAN HALUSINASI

No	Kemampuan	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl
A	**Pasien**				
1	Mengenal jenis halusinasi				
2	Mengenal isi halusinasi				
3	Mengenal waktu halusinasi				
4	Mengenal frekuensi halusinasi				
5	Mengenal situasi yang menimbulkan halusinasi				
6	Menjelaskan respons terhadap halusinasi				
7	Mampu menghardik halusinasi				
8	Mampu bercakap-cakap jika terjadi halusinasi				
9	Membuat jadwal kegiatan harian				
10	Melakukan kegiatan harian sesuai jadwal				
11	Menggunakan obat secara teratur				
B	**Keluarga**				
1	Menyebutkan pengertian halusinasi				
2	Menyebutkan jenis halusinasi pasien				
3	Menyebutkan tanda dan gejala halusinasi pasien				
4	Memperagakan latihan cara memutus halusinasi				
5	Mengajak pasien bercakap-cakap saat pasien jadwal berhalusinasi				
6	Memantau aktivitas sehari-hari pasien sesuai				
7	Memantau dan memenuhi obat untuk pasien				
8	Menyebutkan sumber-sumber pelayanan kesehatan yang tersedia				
9	Memanfaatkan sumber-sumber pelayanan kesehatan terdekat				

2. Kemampuan perawat

PENILAIAN KEMAMPUAN PERAWAT
DALAM MERAWAT PASIEN DENGAN HALUSINASI

Nama perawat : .....
Ruangan : .....

Petunjuk pengisian:
Penilaian tindakan keperawatan untuk setiap SP dengan menggunakan instrumen penilaian Nilai tiap penilaian kinerja masukkan ke tabel pada baris nilai SP.

No	Kemampuan	Tanggal						
A	**Pasien**							
	SP I p							
1	Mengidentifikasi jenis halusinasi pasien							
2	Mengidentifikasi isi halusinasi pasien							
3	Mengidentifikasi waktu halusinasi pasien							
4	Mengidentifikasi frekuensi halusinasi pasien							
5	Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi							
6	Mengidentifikasi respons pasien terhadap halusinasi							
7	Mengajarkan pasien menghardik halusinasi							
8	Menganjurkan pasien memasukkan cara menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian							
	Nilai SP I p							
	SP II p							
1	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien							
2	Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain							
3	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian							
	Nilai SP II p							
	SP III p							
1	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien							
2	Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan pasien di rumah)							
3	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian							
	Nilai SP III p							

No	Kemampuan	Tanggal						
	SP IV p							
1	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien							
2	Memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur							
3	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian							
	Nilai SP IV p							
B	**Keluarga**							
	SP I k							
1	Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien							
2	Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala halusinasi, dan jenis halusinasi yang dialami pasien beserta proses terjadinya							
3	Menjelaskan cara-cara merawat pasien halusinasi							
	Nilai SP I k							
	SP II k							
1	Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan Halusinasi							
2	Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien Halusinasi							
	Nilai SP II k							
	SP III k							
1	Membantu keluarga membuat jadual aktivitas di rumah termasuk minum obat (discharge planning)							
2	Menjelaskan follow up pasien setelah pulang							
	Nilai SP III k							
	Total nilai SP p + SP k							
	Rata-rata							

9. Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Dokumentasi asuhan keperawatan dilakukan pada setiap tahap proses keperawatan, karenanya dokumentasi asuhan keperawatan jiwa terdiri dari dokumentasi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

10. Terapi Modalitas yang Cocok pada Klien Halusinasi

1. Terapi kelompok
   Dengan terapi kelompok perawat dapat berinteraksi dengan sekelompok klien secara teratur, sehingga dapat meningkatkan kesadaran diri, meningkatkan hubungan interpersonal, mengubah perilaku maladaptif. (TUK 1,3,4,5,6).
2. Terapi individual
   Dengan terapi individual klien dapat menjalin hubungan terstruktur antara perawat dengan klien untuk mengubah perilaku klien. Sehingga dapat mengembangkan kemampuan klien dalam menyelesaikan konflik, meredakan penderitaan emosional, dan klien dapat memenuhi kebutuhan dirinya. (TUK 1,2,3,4,5)
3. Terapi lingkungan
   Dengan terapi lingkungan perawat dapat menata lingkungan agar terjadi perubahan perilaku klien dari perilaku maladaptive menjadi perilaku adaptif. Klien dapat berinteraksi dengan orang lain. Perawat juga mendorong komunikasi dan pembuatan keputusan belajar keterampilan dan perilaku yang baru.(TUK 2,4)
4. Terapi Kognitif
   Bertujuan mengembangkan pola pikir yang rasional, mengidentifikasi stimulus dan keyakinan yang tidak akurat dengan realita. Membiasakan diri selalu menggunakan pengetesan realita dalam menanggapi setiap stimulus. Mengembalikan perilaku dengan cara mengubah pola berpikir, dan apa yang dirasakan klien bisa dibantah.
5. Terapi Keluarga
   Dengan adanya dorongan keluarga dengan cara keluarga harus sering berinteraksi dengan klien untuk meningkatkan fungsi keluarga. Keluarga harus meyakinkan bahwa apa yang didengar tidak nyata.

11. Terapi Aktifitas Kelompok (TAK) yang sesuai dengan Klien Halusinasi

Terapi aktifitas yang cocok untuk kasus di atas adalah terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi (TAKSP) mengontrol halusinasi, dengan terapi tersebut klien yang mengalami halusinasi dapat mengontrol halusinasinya. Aktivitas digunakan untuk memberikan stimulasi pada sensasi klien, kemudian di observasi reaksi sensori klien berupa ekspresi emosi atau perasaan melalui gerakan tubuh, ekspresi muka, ucapan. TAK Stimulasi Persepsi membantu klien yang mengalami kemunduran orientasi dalam upaya memotivasi proses pikir serta mengurangi perilaku maladaptif.

TAKSP mengontrol halusinasi terdiri dari 5 sesi, yaitu:

1. Sesi 1: Klien mengenal halusinasi
2. Sesi 2: Mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
3. Sesi 3: Mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain

4. Sesi 4: Mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas terjadwal
5. Sesi 5: Mengontrol halusinasi dengan cara patuh minum obat

Proposal Terapi Aktivitas Kelompok (TAK)
Stimulasi Persepsi Sensori Mengontrol Halusinasi

A. Latar Belakang

Terapi aktivitas kelompok (TAK) upaya memfasilitasi kemampuan sosialisasi sejumlah klien dengan masalah gangguan persepsi sensori: Halusinasi merupakan salah satu masalah keperawatan yang dapat ditemukan pada pasien gangguan jiwa. Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa dimana pasien mengalami perubahan sensori persepsi. Merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan perabaan atau penghidu. Pasien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada. Dampak dari halusinasi yang diderita klien diantaranya dapat menyebabkan klien tidak mempunyai teman dan asyik dengan fikirannya sendiri. Salah satu penanganannya yaitu dengan melakukan terapi aktivitas kelompok yang bertujuan untuk mengidentifikasi halusinasinya dan mengontrol halusinasi yang dialaminya.

Terapi aktivitas kelompok(TAK) stimulasi persepsi adalah terapi yang menggunakan aktivitas yang menggunakan aktivitas mempersepsikan berbagai stimulasi yang berkait dengan pengalaman dengan kehidupan untuk didiskusikan dalam kelompok. Hasil diskusi kelompok dapat berupa kesepakatan persepsi atau alternative penyelesaian masalah. Dalam terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi halusinasi dibagi dalam 5 sesi, yaitu:

1. Sesi 1: Klien mengenal halusinasi
2. Sesi 2: Mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
3. Sesi 3: Mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain
4. Sesi 4: Mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas terjadwal
5. Sesi 5: Mengontrol halusinasi dengan cara patuh minum obat

B. Tujuan

a. Klien dapat mengenal halusinasi.
b. Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara menghardik.
c. Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.
d. Klien dapat Mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas terjadwal.
e. Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara patuh minum obat.

C. Klien

1. Kriteria klien
   a. Klien gangguan orientasi realita yang mulai terkontrol.
   b. Klien yang mengalami perubahan persepsi.
2. Proses seleks
   a. Mengobservasi klien yang masuk kriteria.
   b. Mengidentifikasi klien yang masuk kriteria.
   c. Mengumpulkan klien yang masuk kriteria.
   d. Membuat kontrak dengan klien yang setuju ikut TAK. Meliputi: menjelaskan tujuan TAK pada klien, rencana kegiatan kelompok dan aturan main dalam kelompok.

D. Kriteria hasil

1. Evaluasi struktur
   a. Kondisi lingkungan tenang, dilakukan di tempat tertutup dan memmungkinkan klien untuk berkonsentrasi terhadap kegiatan.
   b. Posisi tempat dilantai menggunakan tikar
   c. Peserta sepakat untuk mengikuti kegiatan
   d. Alat yang digunakan dalam kondisi baik
   e. Leader, co-leader, fasilitator, observer berperan sebagaimana mestinya.
2. Evaluasi proses
   a. Leader dapat mengkoordinasi seluruh keluruh kegiatan dari awal hingga akhir.
   b. Leader mampu memimpin acara.
   c. Co-leader membantu mengkoordinasi seluruh kegiatan.
   d. Fasilitator mampu memotivasi peserta dalam kegiatan.
   e. Fasilitator membantu leader melaksanakan kegiatan dan bertanggung jawab dalam antisipasi masalah.
   f. Observer sebagai pengamat melaporkan hasil pengamatan kepada kelompok yang berfungsi sebagai evaluator kelompok.
   g. Peserta mengikuti kegiatan yang dilakukan dari awal hingga akhir.
3. Evaluasi hasil
   Presentasi jumlah klien yang mengikuti kegiatan sesuai dengan yang direncanakan:
   1) 80% klien mendapatkan pasangan yang tepat
   2) 90% dari jumlah klien mampu menyebutkan identitas dirinya
   3) 90% dari jumlah klien mampu menyebutkan identitas klien lain
   4) 80% dari jumlah klien mampu bersepon terhadap klien lain dengan mendengarkan klien lain yang sedang berbicara
   5) 80% dari jumlah klien mampu memberikan tanggapan pada pertanyaan yang diajukan

6) 70% dari jumlah klien mampu menterjemahkan perintah permainan
7) 70% dari jumlah klien mampu mengikuti aturan main yang telah ditentukan
8) 50% dari jumlah klien mau mengemukakan pendapat tentang therapi aktifitas kelompok yang dilakukan

E. Antisipasi Masalah

1. Penanganan terhadap klien yang tidak aktif dalam aktivitas
   a. Memanggil klien
   b. Memberi kesempatan pada klien untuk menjawab sapaan perawat atau klien lain.
2. Bila klien meninggalkan kegiatan tanpa izin
   a. Panggil nama klien
   b. Tanyakan alasan klien meninggalkan kegiatan
3. Bila klien lain ingin ikut
   a. Berikan penjelasan bahwa kegiatan ini ditujukan kepada klien yang telah di pilih.
   b. Katakana pada klien bahwa ada kegiatan lain yang mungkin di ikuti oleh klien klien tersebut.
   c. Jika klien memaksa beri kesempatan untuk masuk dengan tidak memberi pesan pada kegiatan ini.

F. Pengorganisasian

1. Topic
   Sesi 1: Mengenal Halusinasi dan menghardik
2. Tujuan
   a. Tujuan umum
      Setelah dilakukan TAK sesi 1 diharapkan klien dapat mengenal halusinasinya.
   b. Tujuan khusus
      - Klien dapat mengenal halusinasi
      - Klien mengenal waktu terjadinya halusinasi
      - Klien mengenal situasi terjadinya halusinasi
      - Klien mengenal perasaannya pada saat terjadi halusinasi
3. Landasan teori
   Terapi aktivitas kelompok(TAK) stimulasi persepsi adalah terapi yang menggunakan aktivitas yang menggunakan aktivitas mempersepsikan berbagai stimulasi yang terkait dengan pengalaman dengan kehidupan untuk didiskusikan dalam kelompok. Hasil diskusi kelompok dapat berupa kesepakatan persepsi atau alternative penyelesaian masalah.

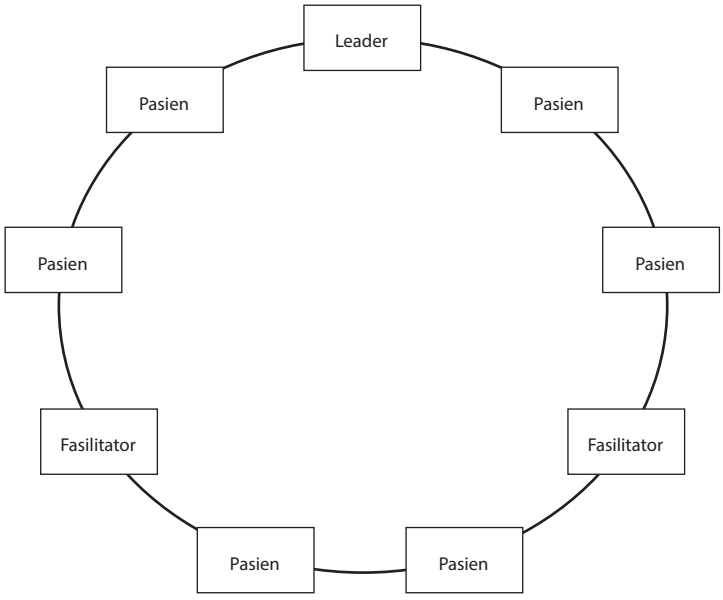
4. Klien
   a. Karakteristik/kriteria klien
      - Klien gangguan orientasi realita yang mulai terkontrol.
      - Klien yang mengalami perubahan persepsi.
   b. Proses seleksi
      - Mengobservasi klien yang masuk kriteria.
      - Mengidentifikasi yang masuk kriteria.
      - Mengumpulkan klien yang masuk kriteria.
   c. Jumlah klien
5. Pengorganisasian
   - Waktu
     Tanggal :
     Hari :
     Jam :
     Lama tiap langkah kegiatan :
   - Tim terapis
     Leader:
     a. Mengkoordinasi seluruh kegiatan
     b. Memimpin jalannya terapi kelompok
     c. Memimpin diskusi

     Co-leader:
     a. Membantu leader mengkoordinasi seluruh kegiatan
     b. Mengingatkan leader jika ada kegiatan yang menyimpang
     c. Membantu memimpin jalannya kegiatan.
     d. Menggantikan leader jika terhalang tugas

     Fasilitator:
     a. Memotivasi peserata dalam aktivitas kelompok
     b. Memotivasi anggota dalam ekspresi perasaan setelah kegiatan
     c. Mengatur posisi kelompok dalam lingkungan untuk melaksanakan kegiatan
     d. Membimbing kelompok selama permaian diskusi
     e. Membantu leader dalam melkasanakan kegiatan
     f. Bertanggung jawab terhadap program antisipasi masalah.

     Observer:
     a. Mengamati semua proses kegiatan yang berkaitan dengan waktu, tempat dan jalannya acara.
     b. Melaporkan hasil pengamatan pada leader dan semua anggota kelompok dengan evaluasi kelompok.

- Setting tempat:
  a. Terapis dan klien duduk bersama dalam lingkaran
  b. Tempat tenang dan nyaman.



- Metode dan media
  a. Media
     - Spidol
     - Papan tulis/white board/flipchart
  b. Metode
     - Diskusi dan Tanya jawab
     - Bermain peran atau simulasi

6. Proses pelaksanaan
   a. Persiapan
      - Memilih klien sesuai dengan indikasi, yaitu klien dengan perubahan sensori persepsi: halusinasi
      - Membuat kontrak dengan klien
      - Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan
   b. Orientasi
      1. Salam terapeutik
         - Salam dari tetarpis kepada klien
         - Perkenalkan nama dan panggilan terapis(pakai papan nama)
      2. Evaluasi/validasi
         Menanyakan perasaan klien saat ini

3. Kontrak
   - Terapis menjelaskan tujuan kegiatan yang akan dilaksanakan yaitu mengenal suara-suara yang didengar.
   - Terapis menjelaskan aturan main berikut.
     1) Jika ada klien yang ingin meninggalkan kelompok,harus meminta izin pada terapis.
     2) Lama kegiatan 45menit
     3) Setiap klien mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai.

c. Tahap kerja
   A. Terapis menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan yaitu mengenal suaru-saura yang didengar(halusinasi) tentang isisnya,waktu terjadinya, situasi terjadinya dan perasaan klien pada saat terjadi.
   B. Terapis meminta klien mencertikan isi halusinasinya,kapan terjadinya, situasi yang membuat terjadi, dan perasaan klien saat terjadi halusinasi. Mulai dari klien dari sebelah kanan, secara berurutan sampai semua kliean. Hasilnya tulis di whiteboard.
   C. Beri pujian pada klien yang melakukan dengan baik.
   D. Simpulkan isi, waktu terjadinya, dan perasaan klien dari suara yang biasa didengar.

d. Tahap terminasi
   A. Evaluasi
      - Terapis menanyakan perasaan klien setelah mengikuti TAK
      - Terapis memberikan pujian atas keberhasilan kelompok
   B. Tindak lanjut
      Terapis meminta klien untuk melaporkan isi,waktu, situasi, dan perasaannya tidak terjadi halusinasi.
   C. Kontrak yang akan datang
      - Menyepakati TAK yang akan datang yaitu cara mengontrol halusinasi
      - Menyepakati waktu dan tempat
   D. Format evaluasi

N0.	Nama klien	Menyebut isi halusinasi	Menyebut waktu terjadi halusinasi	Menyebut situasi terjadi halusinasi	Menyebut perasaan saat halusinasi
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					

Petunjuk:

1. Tulis nama panggilan klien yang ikut TAK pada kolom nama klien.
2. Untuk tiap klien, beri penilaian kemampuan mengenal halusinasi: isi, waktu, situasi, dan perasaan. Beri tanda jika klien mampu dan tanda X jika klien tidak mampu

Dokumentasi

Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki klien saat TAK pada catatan proses keperawatan tiap klien. Contoh klien mengikuti TAK stimulasi persepsi: halusinasi sesi 1. Klien mampu mampu menyebutkan isi halusinasi(menyuruh memukul), waktu (pukul 9 malam), situasi(jika sedang sendiri), perasaan(kesal dan geram) anjurkan klien mengeluarkan klien mengidentifikasi halusinasi yang timbul dan menyampaikan kepada perawat.

BAB 21

Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Waham

A. Pengertian Waham

Waham adalah keyakinan yang salah yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan realita normal (Stuart dan Sundeen, 1998). Waham merupakan keyakinan seseorang berdasarkan penelitian realistis yang salah, keyakinan klien tidak konsisten dengan tingkat intelektual dan latar belakang budaya.

Waham adalah keyakinan klien yang tidak sesuai dengan kenyataan tetapi dipertahankan dan tidak dapat dirubah secara logis oleh orang lain, keyakinan ini berasal dari pemikiran klien dimana sudah kehilangan kontrol (Dep Kes RI, 2000). Waham adalah suatu keyakinan seseorang yang berdasarkan penilaian realitas yang salah, keyakinan yang tidak konsisten dengan tingkat intelektual dan latar belakang budaya, ketidakmampuan merespons stimulus internal dan eksternal melalui proses interaksi/informasi secara akurat.

Jenis-jenis waham:

1) Waham Kebesaran
   Menganggap nilai, kekuasaan, pengetahuan identitasnya terlalu tinggi.
   Contoh: " Saya ini titisan bung karno, punya banyak perusahaan, punya rumah di berbagai negara dan bisa menyembuhkan berbagai macam penyakit."
2) Waham curiga/paranoid/kejar
   Keyakinan klien terhadap seseorang/kelompok secara berlebihan yang berusaha merugikan, mencederai, menganggu, mengancam, memata-matai dan membicarakan kejelekannya
   Contoh: " Banyak polisi mengintai saya, tetangga saya ingin menghancurkan hidup saya, suster akan meracuni makanan saya".

3) Waham agama
   Memiliki keyakinan terhadap suatu agama secara berlebihan, diucapkan berulang kali tetapi tidak sesuai kenyataan.
   Contoh: " Tuhan telah menunjuk saya menjadi wali, saya harus terus menerus memakai pakaian putih setiap hari agar masuk surga."
4) Waham somatic/hipokondrik
   Keyakinan klien terhadap tubuhnya/penampilan/fungsi tubuhnya sudah berubah(ada sesuatu yang tidak beres).
   Contoh: " Sumsum tulang saya kosong, saya pasti terserang kanker, dalam tubuh saya banyak kotoran, tubuh saya telah membusuk, tubuh saya menghilang."
5) Waham nihilistic
   Meyakini bahwa dirinya/orang lain sudah tidak ada di dunia/meninggal dunia, diucapkan berulangkali tetapi tidak sesuai kenyataan.
   Contoh: " Saya sudah menghilang dari dunia ini, semua yang ada disini adalah roh – roh, sebenarnya saya sudah tidak ada di dunia."
6) Waham Dosa
   Keyakinan klien terhadap dirinya telah atau selalu salah atau berbuat dosa/perbuatannya tidak dapat diampuni lagi.
7) Waham Bizar terdiri dari
   - Sisip pikir yaitu keyakinan klien terhadap suatu pikiran orang lain disisipkan ke dalam pikiran dirinya
   - Siar pikir/*broadcasting* yaitu keyakinan klien bahwa ide dirinya dipakai oleh/ disampaikan kepada orang lain mengetahui apa yang ia pikirkan meskipun ia tidak pernah secara nyata mengatakan pada orang tersebut.
   - Kontrol pikir/waham pengaruh yaitu keyakinan klien bahwa pikiran,emosi dan perbuatannya selalu dikontrol/dipengaruhi oleh kekuatan di luar dirinya yang aneh.

B. Proses Terjadinya Masalah Waham

1. Etiologi

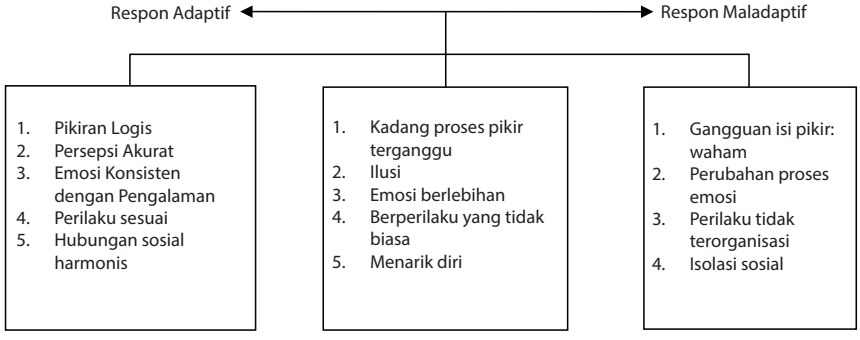
Salah satu penyebab dari perubahan proses fikir: waham yaitu gangguan konsep diri: harga diri rendah. Harga diri adalah penilaian individu tentang pencapaian diri dengan menganalisa seberapa jauh perilaku sesuai ideal diri.

Waham yang muncul sering berkaitan dengan traumatik masalalu atau kebutuhan-kebutuhan yang tidak terpenuhi (rantai yang hilang). Waham bersifat menetap dan sulit untuk dikoreksi. Adanya beberapa orang yang mempercayai klien dalam lingkungan menyebabkan klien merasa didukung, lama kelamaan klien menganggap sesuatu yang dikatakan tersebut sebagai suatu kebenaran karena seringnya diulang – ulang. Isi waham dapat menimbulkan ancaman diri dan orang lain. Penting sekali untuk mengguncang keyakinan klien dengan

cara konfrontatif serta memperkaya keyakinan religiusnya bahwa apa- apa yang dilakukan menimbulkan dosa besar serta ada konsekuensi sosial.keyakinan religiusnya bahwa apa- apa yang dilakukan menimbulkan dosa besar serta ada konsekuensi sosial.

1) Faktor Presdiposisi
   a. Faktor Perkembangan
      Hambatan perkembangan akan mengganggu hubungan interpersonal seseorang. Hal ini dapat meningkatkan stres dan ansietas yang berakhir dengan gangguan persepsi, klien menekan perasaannya sehingga pematangan fungsi intelektual dan emosi tidak efektif.
   b. Faktor Sosial Budaya
      Seseorang yang merasa diasingkan dan kesepian dapat menyebabkan timbulnya waham.
   c. Faktor Psikologis
      Hubungan yang tidak harmonis, peran ganda/bertentangan, dapat menimbulkan ansietas dan berakhir dengan peningkatan terhadap kenyataan.
   d. Faktor Biologis
      Waham diyakini terjadi karena adanya atrofi otak, pembesaran ventrikel di otak, atau perubahan sell kortikal dan limbik.
   e. Faktor Genetik
2) Faktor Presipitasi
   a. Faktor Sosial Budaya
      Waham dapat dipicu karena adanya perpisahan dengan orang yang berarti atau diasingkan dari kelompok.
   b. Faktor Biokimia
      Dopamin, nerepineprin, dan zat halusinogen lainnya diduga dapat menjadi penyebab waham ada seseorang.
   c. Faktor Psikologis
      Kecemasan yang memanjang dan terbatasnya kemampuan untuk mengatasi masalah sehingga klien.

2. Rentang respon Neurobiologi



3. Fase-Fase Waham

a) Fase lack of human need
Waham diawali dengan terbatasnya kebutuhan – kebutuhan klien baik secara fisik maupun psikis.Secara fisik klien dengan waham dapat terjadi pada orang – orang dengan status sosial dan ekonomi sangat terbatas.Biasanya klien sangat miskin dan menderita. Keinginan ia untuk memenuhi kebutuhan hidupnya mendorong untuk melakukan kompensasi yang salah. Ada juga klien yang secara sosial dan ekonomi terpenuhi tetapi kesenjangan antara reality dengan self ideal sangat tinggi.

b) Fase lack of self esteem
Tidak adanya pengakuan dari lingkungan dan tingginya kesenjangan antara self ideal dengan self reality (kenyataan dengan harapan) serta dorongan kebutuhan yang tidak terpenuhi sedangkan standart lingkungan sudah melampaui kemampuannya.

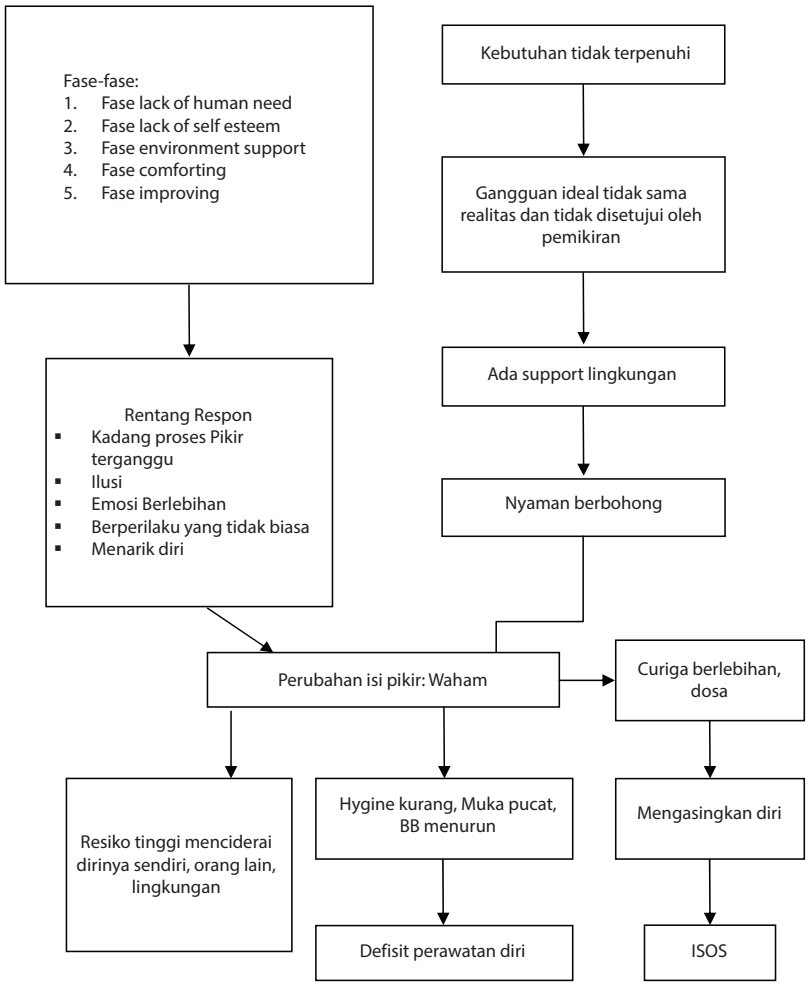
c) Fase control internal external
Klien mencoba berpikir rasional bahwa apa yang ia yakini atau apa apa yang ia katakan adalah kebohongan, menutupi kekurangan dan tidak sesuai dengan kenyataan. Tetapi menghadapi kenyataan bagi klien adalah sesuatu yang sangat berat, karena kebutuhannyauntuk di akui, dianggap penting, dan di terima lingkungan menjadi prioritas dalam hidupnya karena kebutuhan tersebut belum terpenuhi sejak kecil secara optimal.

d) Fase environment support
Adanya beberapa orang yang mempercayai klien dalam lingkungan menyebabkan klien merasa didukung, lama kelamaan klien menganggap sesuatu yang dikatakan tersebut sebagai suatu kebenaran karena seringnya diulang – ulang.Dari sinilah mulai terjadinya kerusakan kontrol diri dan tidak berfungsi normal (super ego) yang ditandai dengan tidak ada lagi perasaan dosa saat berbohong.

e) Fase comforting
Klien merasa nyaman dengan keyakinan dan kebohongannya serta menganggap bahwa semua orang sama yaitu akan mempercayai dan mendukungnya. Keyakinan sering disertai halusinansi pada saat klien menyendiri dari lingkungannya.Selanjutnya klien lebih sering menyendiri dan menghindari interaksi sosial (isolasi sosial).

f) Fase improving
Apabila tidak ada konvrontasi dan upaya – upaya koreksi, setiap waktu keyakinan yang salah kepada klien akan meningkat. Tema waham yang muncul sering berkaitan dengan traumatik masalalu atau kebutuhan – kebutuhan yang tidak terpenuhi (rantai yang hilang).Waham bersifat menetap dan sulit untuk dikoreksi. Isi waham dapat menimbulkan ancaman diri dan orang lain. Penting sekali untuk mengguncang keyakinan klien dengan cara konfrontatif serta memperkaya keyakinan religiusnya bahwa apa- apa yang dilakukan menimbulkan dosa besar serta ada konsekuensi sosial.

4. Patofisiologi



4. Tanda dan Gejala Waham

1) Kognitif
   a. Tidak mampu membedakan nyata dengan tidak nyata
   b. Individu sangat percaya pada keyakinannya
   c. Sulit berpikir realita
   d. Tidak mampu mengambil keputusan
2) Afektif
   a. Situasi tidak sesuai dengan kenyataan
   b. Afek tumpul
3) Perilaku dan hubungan social
   a. Hipersensitif

b. Hubungan interpersonal dengan orang lain tumpul
c. Mengancam secara verbal
d. Aktivitas tidak tepat
e. Curiga

Tanda dan gejala yang lain yang bisa terjadi pada waham yaitu sebagai berikut:
1. Menolak makan.
2. Tidak ada perhatian pada perawatan diri.
3. Mudah tersinggung
4. Isi pembicaraan tidak sesuai dengan kenyataan.
5. Menghindar dari orang lain.
6. Mendominasi pembicaraan.

C. Proses Keperawatan

a. Pengkajian

Pengkajian adalah dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri dari pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah klien. Data yang dikumpulkan melalui data biologis, psikologis, social dan spiritual. (Keliat, Budi Ana, 1998: 3).

Berikut ini beberapa contoh pertanyaan yang dapat saudara gunakan sebagai panduan untuk mengkaji pasien dengan waham:

1) Apakah pasien memiliki pikiran/isi pikir yang berulang-ulang diungkapkan dan menetap?
2) Apakah pasien takut terhadap objek atau situasi tertentu, atau apakah pasien cemas secara berlebihan tentang tubuh atau kesehatannya?
3) Apakah pasien pernah merasakan bahwa benda-benda disekitarnya aneh dan tidak nyata?
4) Apakah pasien pernah merasakan bahwa ia berada diluar tubuhnya?
5) Apakah pasien pernah merasa diawasi atau dibicarakan oleh orang lain?
6) Apakah pasien berpikir bahwa pikiran atau tindakannya dikontrol oleh orang lain atau kekuatan dari luar?
7) Apakah pasien menyatakan bahwa ia memiliki kekuatan fisik atau kekuatan lainnya atau yakin bahwa orang lain dapat membaca pikirannya?

Selama pengkajian saudara harus mendengarkan dan memperhatikan semua informasi yang diberikan oleh pasien tentang wahamnya. Untuk mempertahankan hubungan saling percaya yang telah terbina jangan menyangkal, menolak, atau menerima keyakinan pasien.

Adapun isi dari pengkajian tersebut adalah:

1. Identitas klien
   Melakukan perkenalan dan kontrak dengan klien tentang: nama mahasiswa, nama panggilan, nama klien, nama panggilan klien, tujuan, waktu, tempat pertemuan, topik yang akan dibicarakan. Tanyakan dan catat usia klien dan No RM, tanggal pengkajian dan sumber data yang didapat.
2. Alasan masuk
   Apa yang menyebabkan klien atau keluarga datang, atau dirawat di rumah sakit, biasanya berupa menyendiri (menghindar dari orang lain), komunikasi kurang atau tidak ada, berdiam diri di kamar, menolak interaksi dengan orang lain, tidak melakukan kegiatan sehari-hari, dependen, perasaan kesepian, merasa tidak aman berada dengan orang lain, merasa bosan dan lambat menghabiskan waktu, tidak mampu berkonsentrasi, merasa tidak berguna dan merasa tidak yakin dapat melangsungkan hidup. Apakah sudah tahu penyakit sebelumnya, apa yang sudah dilakukan keluarga untuk mengatasi masalah ini. Umumnya klien yang mengalami Waham di bawa ke rumah sakit karena keluarga merasa tidak mampu merawat, terganggu karena perilaku klien dan hal lain, gejala yang dinampakkan di rumah sehingga klien dibawa ke rumah sakit untuk mendapatkan perawatan
3. Faktor predisposisi
   Menanyakan apakah keluarga mengalami gangguan jiwa, bagaimana hasil pengobatan sebelumnya, apakah pernah melakukan atau mengalami kehilangan, perpisahan, penolakan orang tua, harapan orang tua yang tidak realistis, kegagalan atau frustrasi berulang, tekanan dari kelompok sebaya, perubahan struktur social, terjadi trauma yang tiba-tiba misalnya harus di operasi, kecelakaan, perceraian, putus sekolah, PHK, perasaan malu karena sesuatu yang terjadi (korban perkosaan, dituduh KKN, dipenjara tiba-tiba), mengalami kegagalan dalam pendidikan maupun karier, perlakuan orang lain yang tidak menghargai klien atau perasaan negative terhadap diri sendiri yang berlangsung lama.
4. Faktor precipitasi
   Stresor presipitasi umumnya mencakup kejadian kehidupan yang penuh stress seperti kehilangan, didikan yang keras dari keluarga yang mempengaruhi kemampuan individu untuk memiliki perasaan egois serta menyebabkan ansietas. Pada pasien Waham tingkat emosional yang tinggi akan kepercayaan bahwa dirinya adalah sesuatu yang pantas untuk dititukan dan diyakini akan menimbulkan berbagai masalah dalam kehidupannya
5. Pemeriksaan fisik
   Memeriksa tanda-tanda vital, tinggi badan, berat badan, dan tanyakan apakah ada keluhan fisik yang dirasakan klien.

6. Psikososial
   1). Genogram
   Genogram menggambarkan klien dengan keluarga, dilihat dari pola komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh.
   2). Konsep diri
      a. Gambaran diri
      Tanyakan persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi klien terhadap bagian tubuh yang tidak disukai dan bagian yang disukai.
      b. Identitas diri
      Klien dengan waham mengalami ketidakpastian memandang diri, sukar menetapkan keinginan dan tidak mempu mengambil keputusan.
      c. Fungsi peran
      Pada klien dengan waham bisa berubah atau berhenti fungsi peran yang disebabkan penyakit, proses menua, putus sekolah, PHK, perubahan yang terjadi saat klien sakit dan dirawat.
      d. Ideal diri
      Mengungkapkan keputusasaan karena penyakitnya:mengungkapkan keinginan yang terlalu tinggi.
      e. Harga diri.
      Adanya gangguan harga diri rendah karena perasaan negatif terhadap diri sendiri,hilangnya rasa percaya diri dan merasa gagal mencapai tujuan.
   3). Hubungan sosial
   Pasien dengan waham memiliki hubungan sosial sesuai dengan jenis waham yang dialami. Misalnya waham curiga , klien menghindari orang lain.
   4). Spiritual
   Nilai dan keyakinan, kegiatan ibadah/menjalankan keyakinan, kepuasan dalam menjalankan keyakinan.
7. Status mental
   1). Penampilan
   Pada pasien waham penampilannya sesuai dengan waham yang dialami. Misalnya pada waham agama berpakaian seperti seorang ustadz.
   2). Pembicaraan
   Pada pasien waham cenderung pembicaraan nya selalu mengarah ke wahamnya, bicara cepat,jelas tapi berpindah-pindah,isi pembicaraan tidak sesuai dengan kenyataan.
   3). Aktivitas motorik
   Klien waham cenderung bersikap aneh

4). Afek dan Emosi
Euforia: rasa senang, riang gembira, bahagia yang berlebihan tidak sesuai dengan keadaan.
Kesepian: merasa dirinya ditinggalkan/dipisahkan dari atau yang lainnya.

5). Interaksi selama wawancara
Defensif: selalu berusaha mempertahankan pendapat dan kebenaran dirinya.

6). Persepsi–Sensori
a. Tidak ada halusinasi
b. Tidak ada ilusi
c. Tidak ada depersonalisai
d. Tidak ada realisasi
e. Tidak ada gangguan somatusensorik

7.) Proses Pikir
a. Arus pikir dan bentuk pikir
Derreistik: bentuk pemikiran tidak sesuai kenyataan yang ada atau tidak mengikuti logika secara umum)
b. Isi pikir
Pada pasien waham isi pikirnya sesuai wahamnya.
1. Waham agama yaitu keyakinan bertema tentang agama/kepercayaan yang berlebihan.
2. Waham somatic/hipokondrik yaitu keyakinan klien terhadap tubuhnya ada sesuatu yang tidak beres, seperti ususnya busuk, otaknya mencair, perutnya ada kuda.
3. Waham kebesaran yaitu keyakinan klien terhadap suatu kemampuan, kekuatan, pendidikan, kekayaan atau kekuasaan secara luar biasa, seperti "Saya ini ratu adil, nabi, superman dan lain-lain".
4. Waham curiga/kejaran yaitu keyakinan klien terhadap seseorang/kelompok secara berlebihan yang berusaha merugikan, mencederai, mengganggu, mengancam, memata-matai dan membicarakan kejelekan dirinya.
5. Waham nihilistik yaitu keyakinan klien terhadap dirinya/orang lain sudah meninggal/dunia sudah hancur dan sesuatunya tidak ada apa-apanya lagi.
6. Waham dosa yaitu keyakinan klien terhadap dirinya telah/selalu salah/berbuat dosa/perbuatannya tidak dapat diampuni lagi.
7. Waham bizar terdiri dari:
a) Sisip pikir yaitu keyakinan klien terhadap suatu pikiran orang lain disisipkan ke dalam pikiran dirinya.

b) Siar pikir/broadcasting yaitu keyakinan klien bahwa ide dirinya dipakai oleh/disampaikan kepada orang lain mengetahui apa yang ia pikirkan meskipun ia tidak pernah secara nyata mengatakan pada orang tersebut.

c) Kontrol pikir/waham pengaruh yaitu keyakinan klien bahwa pikiran, emosi dan perbuatannya selalu dikontrol/dipengaruhi oleh kekuatan di luar dirinya yang aneh.

8). Tingkat Kesadaran

Kesadaran berubah: kesadaran yang tidak menurun, tidak meninggi, tidak nomal, bukan disosiasi, hal ini karena kemampuan untuk mengadakan (relasi) dan pembatasan (limitasi) terhadap dunia luar (diluar dirinya) sudah terganggu dan secara kualitas pada taraf tidak sesuai dengan kenyataan.

9). Memori

Konfabulasi: ingatan yang keliru ditandai dengan pembicaraan tidak sesuai kenyataan, memasukkan cerita tidak benar untuk menutupi gangguan daya ingatnya.

10). Tingkat Konsentrasi dan berhitung

Klien waham mampu berkonsentrasi dan mampu berhitung

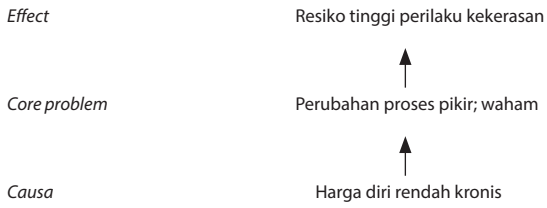
11). Kemampuan Penilaian

a. Gangguan ringan
b. Gangguan bermakna

12). Daya Tilik

hal-hal di luar dirinya, bilamana ia cenderung menyalahkan orang lain/ lingkungan dan ia merasa orang lain/lingkungan di luar dirinya yang menyebabkan ia seperti ini.

D. Pohon Masalah



E. Diagnosa Keperawatan

1. Perubahan proses pikir: waham
2. Resiko tinggi perilaku kekerasan: resiko mencederai diri, orang lain.
3. Harga diri rendah; kronis

F. Nursing care Plan (NCP)

Tabel

Perencanaan Keperawatan pada Klien dengan Waham

Perencanaan		Intervensi	Rasional
Tujuan	**Kriteria Evaluasi**		
Tujuan umum: Klien dapat berkomunikasi dengan baik dan terarah.			
TUK 1 : Klien dapat membina hubungan saling percaya	1. Ekspresi wajah bersahabat 2. Ada kontak mata 3. Mau berjabat tangan 4. Mau menjawab salam 5. Klien mau duduk berdampingan 6. Klien mau mengutarakan rasanya	1.1 Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik. a. Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal b. Perkenalkan diri dengan sopan c. Tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai d. Jelaskan tujuan pertemuan e. Jujur dan menepati janji f. Tunjukan sikap empati dan menerima klien apa adanya 1.2 Jangan membantah dan mendukung waham klien a. Katakan perawat menerima keadaan keyakinan klien. "saya menerima keyakinan anda ". b. Katakan perawat tidak mendukung. "sukar bagi saya untuk dapat mempercayainya". 1.3 Yakinkan klien dalam keadaan aman dan terlindung. a. " anda berada di tempat yang aman dan terlindung" b. Gunakan keterbukaan dan kejujuran, jangan tinggalkan klien sendirian.	Hubungan saling percaya menjadi dasar interaksi selanjutnya sehingga dapat terbina hubungan saling percaya dan klien lebih terbuka merasa aman dan mau berinteraksi

Perencanaan		Intervensi	Rasional
Tujuan	**Kriteria Evaluasi**		
TUK 2 : Klien dapat mengidentifikasikan kemampuan yang dimiliki	**Kriteria Evaluasi :** 1. Klien mampu mempertahankan aktivitas sehari-hari 2. Klien dapat mengontrol wahamnya	2.1 Beri pujian pada penampilan dan kemampuan klien yang realistis. 2.2 Diskusikan dengan klien kemampuan yang dimiliki pada waktu lalu dan saat ini yang realistis. (hari-hari terlibat diskusi dengan waham). 2.3 Tanyakan apa yang bisa dilakukan (kaitkan dengan aktivitas sehari-hari dan perawatan diri) kemudian anjurkan untuk melakukan saat ini. 2.4 Jika klien selalu bicara tentang wahamnya dengarkan sampaikebutuhan waham tidak ada. (perawat perlu memperhatikan bahwa klien penting).	Meningkatkan orientasi klien pada realita dan meningkatkan rasa percaya klien pada perawat
TUK 3 : Klien dapat mengidentifikasi kebutuhan yang tidak terpenuhi	**Kriteria Evaluasi** 1. Kebutuhan klien terpenuhi 2. Klien dapat melakukan aktivitas secara terarah 3. Klien tidak menggunakan/ membicarakan wahamnya	3.2 Observasi kebutuhan klien sehari-hari 3.3 Diskusikan kebutuhan klien yang tidak terpenuhi selama di rumah maupun di rumah sakit. 3.4 Hubungkan kebutuhan yang tidak terpenuhi dengan timbulnya waham 3.5 Tingkatkan aktivitas yang dapat memenuhi kebutuhan klien dan memerlukan waktu dan tenaga. 3.6 Atur situasi agar klien tidak mempunyai waktu untuk menggukan wahamnya	Reinforcement adalah penting untuk meningkatkan kesabaran diri klien. Mengetahui penyebab curiga dan intervensi selanjutnya.
TUK 4: Klien dapat berhubungan dengan realitas.	Kriteria Evaluasi: 1. Klien mampu berbicara secara realitas 2. Klien mengikuti terapi aktivitas kelompok	4.1 Berbicara dengan klien dalam konteks realitas (realitas diri,realitas orang lain, waktu dan tempat) 4.2 Sertakan klien dalam terapi aktivitas kelompok : orientasi realitas 4.3 Berikan pujian pada tiap kegiatan positif yang dilakukan klien.	Dengan meningkatkan aktivitas tidak akan mempunyai waktu untuk mengikuti wahamnya.

Perencanaan		Intervensi	Rasional
Tujuan	**Kriteria Evaluasi**		
TUK 5: Klien dapat dukungan keluarga	Kriteria Evaluasi: 1. Keluarga dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat 2. Keluarga dapat menyebutkan pengertian, tanda dan tindakan untuk merawat klien dengan waham	5.1 Diskusikan dengan keluarga tentang. – Gejala waham – Cara merawatnya – Lingkungan keluarga – Follow up dan obat 5.2 Anjurkan keluarga melaksanakan dengan bantuan perawat	Reinforcement adalah penting untuk meningkatkan kesadaran klien akan realitas
TUK 6: Klien dapat menggunakan obat dengan benar	**Kriteria Evaluasi:** 1. Klien menyebutkan manfaat, dosis dan efek samping obat 2. Klien dapat mendemonstrasikan penggunaan obat dengan benar 3. Klien memahami akibat berhentinya obat tanpa konsultasi 4. Klien dapat menyebutkan prinsip dalam penggunaan obat	6.1 Diskusikan dengan klien dan keluarga tentang obat, dosis, frekuensi, efek dan akibat penghentian 6.2 Diskusikan perasaan klien setelah makan obat 6.3 Berikan obat dengan prinsip 5 benar dan observasi setelah makan obat	Perhatian keluarga dan pengertian keluarga akan dapat membantu klien dalam mengendalikan wahamnya Obat dapat mengontrol waham yang dialami klien

G. Strategi Pelaksanaan (SP) Berdasarkan Pertemuan

a. SP 1 Pasien:
   1. Mengidentifikasi kebutuhan.
   2. Klien bicara konteks realita.
   3. Latih pasien untuk memenuhi kebutuhannya.
   4. Masukan dalam jadwal kegiatan pasien.

b. SP 2 Pasien:
   1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1)
   2. Identifikasi potensi/kemampuasn yang dimiliki.
   3. Pilih dan latih potensi kemampuan yang dimiliki
   4. Masukan dalam jadwal kegiatan pasien.

c. SP 3 Pasien:
   1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1 dan 2)
   2. Memilih kemampuan lain yang dapat dilakukan.
   3. Pilih dan latih potensi kemampuan lain yang dimiliki.
   4. Masukan dalam jadwal

d. SP 1 Keluarga
   1. Mengidentifikasi masalah keluarga dalam merawat pasien.
   2. Menjelaskan proses terjadinya waham.
   3. Menjelaskan tentang cara merawat pasien waham.
   4. Latih (stimulasi) cara merawat.
   5. RTL keluarga/jadwal untuk merawat pasien.

e. SP 2 Keluarga
   1. Evaluasi kemampuan keluarga (SP 1).
   2. Melatih keluarga merawat langsung klien dengan harga diri rendah.
   3. Menyusun RTL keluarga/jadwal keluarga untuk merawat klien.

f. SP 3 Keluarga
   1. Evaluasi kemampuan keluarga (SP 1).
   2. Evaluasi kemampuan klien
   3. Rencana tindak lanjut keluarga dengan follow up dan rujukan.

H. Implementasi (Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan/ SPTK)

SP 1 Pasien: Membina hubungan saling percaya; mengidentifikasi kebutuhan yang tidak terpenuhi dan cara memenuhi kebutuhan; mempraktekkan pemenuhan kebutuhan yang tidak terpenuhi

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK)

1. **Fase Prainteraksi**
   Kondisi: Klien mengatakan bahwa dirinya adalah keturunan Tuhan atau Sang Yang Widi, ia meyakini bahwa dirinya dapat menyembuhkan bebagai macam penyakit dan dapat berbicara dengan Tuhan.

   Diagnosa Kep: Gangguan proses pikir; Waham kebesaran

   Tujuan Khusus: TUK 1, 3

   Intervensi: SP1 Pasien

2. **Fase Orientasi:**
   "Selamat pagi, perkenalkan nama saya Ani, saya perawat yang dinas pagi ini di ruang melati. Saya dinas dari pk 07-14.00 nanti, saya yang akan merawat abang hari ini. Nama abang siapa, senangnya dipanggil apa?"

   "Bisa kita berbincang-bincang tentang apa yang bang B rasakan sekarang?""Berapa lama bang B mau kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau 15 menit?"

   "Dimana enaknya kita berbincang-bincang, bang?".

3. **Fase Kerja**
   "Saya mengerti bang B merasa bahwa bang B adalah seorang nabi, tapi sulit bagi saya untuk mempercayainya karena setahu saya semua nabi sudah tidak adalagi, bisa kita lanjutkan pembicaraan yang tadi terputus bang?"

"Tampaknya bang B gelisah sekali, bisa abang ceritakan apa yang

bang B rasakan?"

"O... jadi bang B merasa takut nanti diatur-atur oleh orang lain dan tidak punya hak untuk mengatur diri abang sendiri?"

"Siapa menurut bang B yang sering mengatur-atur diri abang?"

"Jadi ibu yang terlalu mengatur-ngatur ya bang, juga kakak dan adik abang yang lain?"

"Kalau abang sendiri inginnya seperti apa?"

"O... bagus abang sudah punya rencana dan jadual untuk diri sendiri"

"Coba kita tuliskan rencana dan jadual tersebut bang"

"Wah..bagus sekali, jadi setiap harinya abang ingin ada kegiatan diluar rumah karena bosan kalau di rumah terus ya".

4. Fase Terminasi

"Bagaimana perasaan B setelah berbincang-bincang dengan saya?"

"Apa saja tadi yang telah kita bicarakan? Bagus"

"Bagaimana kalau jadual ini abang coba lakukan, setuju bang?"

"Bagaimana kalau saya datang kembali dua jam lagi?"

"Kita bercakap-cakap tentang kemampuan yang pernah Abang miliki? Mau di mana kita bercakap-cakap? Bagaimana kalau di sini lagi?".

SP 2 Pasien: Mengidentifikasi kemampuan positif pasien dan membantu mempraktekkannya

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK

1. Fase Prainteraksi

Kondisi: Klien tetap mengaku kalau dirinya nabi, terlihat gelisah dan tidak senang jika ada yg mengatur dirinya. Klien ingin melakukankegiatan yg disenangi tetapi selalu dilarang keluarga.

Diagnosa Kep: Gangguan proses pikir; Waham kebesaran

Tujuan Khusus: TUK 2

Intervensi: SP 2 Pasien

2. Fase Orientasi

"Selamat pagi bang B, bagaimana perasaannya saat ini? Bagus!"

"Apakah bang B sudah mengingat-ingat apa saja hobi atau kegemaran abang?"

"Bagaimana kalau kita bicarakan hobi tersebut sekarang?"

"Dimana enaknya kita berbincang-bincang tentang hobi bang B tersebut?"

"Berapa lama bang B mau kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau 20 menit tentang hal tersebut?"

3. Fase Kerja

"Apa saja hobby abang? Saya catat ya Bang, terus apa lagi?"

"Wah.., rupanya bang B pandai main volley ya, tidak semua orang bisa bermain volley seperti itu lho B"(atau yang lain sesuai yang diucapkan pasien).

"Bisa bang B ceritakan kepada saya kapan pertama kali belajar main volley, siapa yang dulu mengajarkannya kepada bang B, dimana?"

"Bisa bang B peragakan kepada saya bagaimana bermain volley yang baik itu?"

"Wah..baik sekali permainannya"

"Coba kita buat jadual untuk kemampuan bang B ini ya, berapa kali sehari/seminggu bang B mau bermain volley?"

"Apa yang bang B harapkan dari kemampuan bermain volley ini?"

"Ada tidak hobi atau kemampuan bang B yang lain selain bermain volley?"

4. Fase Terminasi

"Bagaimana perasaan bang B setelah kita bercakap-cakap tentang hobi dan kemampuan abang?"

"Setelah ini coba bang B lakukan latihan volley sesuai dengan jadual yang telah kita buat ya?"

"Besok kita ketemu lagi ya bang?"

"Bagaimana kalau nanti sebelum makan siang? Di kamar makan saja, ya setuju?"

"Nanti kita akan membicarakan tentang obat yang harus bang B minum, setuju?"

"Bagaimana kalau sekarang bang B teruskan kemampuan bermain volley tersebut……."

SP 3 Pasien: Mengajarkan dan melatih cara minum obat yang benar

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK)

1. Fase Prainteraksi

Kondisi: Klien senang olahraga volley dan ingin ikut kegiatan ini baik dirumah sakit atau saat pulang kerumah nanti.

Diagnosa Kep: Gangguan proses pikir; Waham kebesaran

Tujuan Khusus: TUK 6

Intervensi: SP 3 Pasien

2. Fase orientasi

"Selamat pagi bang B."

"Bagaimana bang sudah dicoba latihan volleynya? Bagus sekali"

"Sesuai dengan janji kita dua hari yang lalu bagaimana kalau sekarang kita membicarakan tentang obat yang bang B minum?""Dimana kita mau berbicara? Di kamar makan?""Berapa lama bang B mau kita berbicara? 20 atau 30 menit?

3. Fase Kerja

"Bang B berapa macam obat yang diminum/Jam berapa saja obat diminum?"

" Bang B perlu minum obat ini agar pikirannya jadi tenang, tidurnya juga tenang"

"Obatnya ada tiga macam bang, yang warnanya oranye namanya CPZ gunanya agar tenang, yang putih ini namanya THP gunanya agar rileks, dan yang merah jambu ini namanya HLP gunanya agar pikiran jadi teratur. Semuanya ini diminum 3 kali sehari jam 7 pagi, jam 1 siang, dan jam 7 malam".

"Bila nanti setelah minum obat mulut bang B terasa kering, untuk membantu mengatasinya abang bisa banyak minum dan mengisap-isap es batu".

"Sebelum minum obat ini bang B dan ibu mengecek dulu label di kotak obat apakah benar nama B tertulis disitu, berapa dosis atau butir yang harus diminum, jam berapa saja harus diminum. Baca juga apakah nama obatnya sudah benar"

"Obat-obat ini harus diminum secara teratur dan kemungkinan besar harus diminum dalam waktu yang lama. Agar tidak kambuh lagi sebaiknya bang B tidak menghentikan sendiri obat yang harus diminum sebelum berkonsultasi dengan dokter".

4. Fase Terminasi

"Bagaimana perasaan bang B setelah kita bercakap-cakap tentang obat yang bang B minum?. Apa saja nama obatnya? Jam berapa minum obat?"

"Mari kita masukkan pada jadual kegiatan abang. Jangan lupa minum obatnya dan nanti saat makan minta sendiri obatnya pada suster"

"Jadwal yang telah kita buat kemarin dilanjutkan ya Bang!"

"bang, besok kita ketemu lagi untuk melihat jadwal kegiatan yang telah dilaksanakan. Bagaimana kalau seperti biasa, jam 10 dan di tempat sama?""Sampai besok."

2. Tindakan keperawatan untuk keluarga

a. Tujuan:
   1) Keluarga mampu mengidentifikasi waham pasien
   2) Keluarga mampu memfasilitasi pasien untuk memenuhi kebutuhan yang dipenuhi oleh wahamnya.
   3) Keluarga mampu mempertahankan program pengobatan pasien secara optimal

b. Tindakan:
   1) Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga saat merawat pasien di rumah.
   2) Diskusikan dengan keluarga tentang waham yang dialami pasien
   3) Diskusikan dengan keluarga tentang:
      a) Cara merawat pasien waham dirumah
      b) Follow up dan keteraturan pengobatan
      c) Lingkungan yang tepat untuk pasien.
   4) Diskusikan dengan keluarga tentang obat pasien (nama obat, dosis, frekuensi, efek samping, akibat penghentian obat)
   5) Diskusikan dengan keluarga kondisi pasien yang memerlukan konsultasi segera
   6) Latih cara merawat
   7) Menyusun rencana pulang pasien bersama keluarga

SP 1 Keluarga: Membina hubungan saling percaya dengan keluarga; mengidentifikasi masalah menjelaskan proses terjadinya masalah; dan obat pasien.

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK)

1. **Fase Prainteraksi**
   Kondisi: Klien sudah berlatih beberapa kemampuan dan aktifitas di rumah sakit, sudah tidak pernah mengatakan dirinya nabi lagi. Keluarga mengunjungi klien dan terlihat sedih dan bingung dengan kondisi klien

   Diagnosa Kep: Gangguan proses pikir; Waham kebesaran

   Tujuan Khusus: TUK 5

   Intervensi: SP 1 Keluarga

2. **Fase Orientasi**
   "Selamat pagi pak, bu, perkenalkan nama saya Ani, saya perawat yang dinas di ruang melati ini. Saya yang merawat bang B selama ini. Nama bapak dan ibu siapa, senangnya dipanggil apa?"

   "Bagaimana kalau sekarang kita membicarakan tentang masalah bang B dan cara merawat B di rumah?"

   "Dimana kita mau berbicara? Bagaimana kalau di ruang wawancara?"

   "Berapa lama waktu bapak dan ibu? Bagaimana kalau 30 menit"

3. **Fase Kerja**
   "Pak, bu, apa masalah yang Bpk/Ibu rasakan dalam merawat bang B? Apa yang sudah dilakukan di rumah?Dalam menghadapi sikap anak ibu dan bapak yang selalu mengaku-ngaku sebagai seorang nabi tetapi nyatanya bukan nabi merupakan salah satu gangguan proses berpikir. Untuk itu akan saya jelaskan sikap dan cara menghadapinya. Setiap kali anak bapak dan ibu berkata bahwa ia seorang nabi bapak/ibu dengan mengatakan pertama:

   'Bapak/Ibu mengerti B merasa seorang nabi, tapi sulit bagi bapak/ibu untuk mempercayainya karena setahu kami semua nabi sudah meninggal."

   "Kedua: bapak dan ibu harus lebih sering memuji B jika ia melakukan hal-hal yang baik."

   "Ketiga: hal ini sebaiknya dilakukan oleh seluruh keluarga yang berinteraksi dengan B"

   "Bapak/Ibu dapat bercakap-cakap dengan B tentang kebutuhan yang diinginkan B, misalnya: "Bapak/Ibu percaya B punya kemampuan dan keinginan. Coba ceritakan kepada bapak/ibu. B khan punya kemampuan ....." (kemampuan yang pernahdimiliki oleh anak)

   "Keempat: Bagaimana kalau dicoba lagi sekarang?"(Jika anak mau mencoba berikan pujian) "Pak, bu, B perlu minum obat ini agar pikirannya jadi tenang, tidurnya juga tenang"

   "Obatnya ada tiga macam, yang warnanya oranye namanya CPZ gunanya agar tenang, yang putih ini namanya THP guanya supaya rileks, dan yang merah jambu ini namanya HLP gunanya agar pikiran tenang semuanya ini harus diminum secara teratur 3 kali sehari jam 7 pagi, jam 1 siang, dan jam 7 malam, jangan dihentikan sebelum berkonsultasi dengan dokter karena dapat menyebabkan B kambuh kembali" (Libatkan keluarga saat memberikan penjelasan tentang obat kepada klien). Bang B sudah mempunyai jadwal minum obat. Jika dia minta obat sesuai jamnya, segera beri pujian.

4. **Fase terminasi**
   "Bagaimana perasaan bapak dan ibu setelah kita bercakap-cakap tentang cara merawat B di rumah?"

"Setelah ini coba bapak dan ibu lakukan apa yang sudah saya jelaskan tadi setiap kali berkunjung ke rumah sakit."

"Baiklah bagaimana kalau dua hari lagi bapak dan ibu datang kembali kesini dan kita akan mencoba melakukan langsung cara merawat B sesuai dengan pembicaraan kita tadi"

"Jam berapa bapak dan ibu bisa kemari?"

"Baik saya tunggu, kita ketemu lagi di tempat ini ya pak, bu".

SP 2 Keluarga: Melatih keluarga cara merawat pasien

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK)

1. **Fase Prainteraksi**
   Kondisi " Keluarga sudah mengerti tentang kondisi klien dan cara merawatnya dirumah. Cara minum obat dan jenis-jenis obat.
   Diagnosa Kep: Gangguan proses pikir; Waham kebesaran
   Tujuan khusus: TUK 5
   Intervensi: Sp 2 Keluarga

2. **Fase Orientasi**
   "Selamat pagi pak, bu, sesuai janji kita dua hari yang lalu kita sekarang ketemu lagi"
   "Bagaimana pak, bu, ada pertanyaan tentang cara merawat yang kita bicarakan dua hari yang lalu?"
   "Sekarang kita akan latihan cara-cara merawat tersebut ya pak, bu?"
   "Kita akan coba disini dulu, setelah itu baru kita coba langsung ke B ya?"
   "Berapa lama bapak dan ibu punya waktu?"

3. **Fase Kerja**
   "Sekarang anggap saya B yang sedang mengaku-aku sebagai nabi, coba bapak dan ibu praktekkan cara bicara yang benar bila B sedang dalam keadaan yang seperti ini"
   "Bagus, betul begitu caranya"
   "Sekarang coba praktekkan cara memberikan pujian kepada kemampuan yang dimiliki B. Bagus."
   "Sekarang coba cara memotivasi B minum obat dan melakukan kegiatan positifnya sesuai jadual?"
   "Bagus sekali, ternyata bapak dan ibu sudah mengerti cara merawat B"
   "Bagaimana kalau sekarang kita mencobanya langsung kepada B?"
   (Ulangi lagi semua cara diatas langsung kepada pasien)

4. **Fase Terminasi**
   "Bagaimana perasaan bapak dan ibu setelah kita berlatih cara merawat B?"
   "Setelah ini coba bapak dan ibu lakukan apa yang sudah dilatih tadi setiap kali bapak dan ibu membesuk B"
   "Baiklah bagaimana kalau dua hari lagi bapak dan ibu datang kembali kesini dan kita akan mencoba lagi cara merawat B sampai bapak dan ibu lancar melakukannya"
   "Jam berapa bapak dan ibu bisa kemari?"
   "Baik saya tunggu, kita ketemu lagi di tempat ini ya pak, bu".

SP 3 Keluarga: Membuat perencanaan pulang bersama keluarga

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK)

1. **Fase Prainteraksi**
   Kondisi: Keluarga sudah mengerti cara merawat klien dirumah dan sudah dilatih langsung ke klien. Kondisi klien sudah mampu mengikuti kegiatan harian di ruangan dan latihan beberapa kemampuan.

   Diagnosa Kep: Gangguan proses pikir; Waham kebesaran

   Tujuan khusus: TUK 5

   Intervensi: Sp 3 Keluarga

2. **Fase Orientasi**
   "Selamat pagi pak, bu, karena B sudah boleh pulang, maka kita bicarakan jadual B selama dirumah"

   "Bagaimana pak, bu, selama bapak dan ibu besuk apakah sudah terus dilatih cara merawat B?"

   "Nah sekarang bagaimana kalau bicarakan jadual di rumah? Mari Bpk/Ibu duduk di sini"

   "Berapa lama bapak dan ibu punya waktu? Baik 30 menit saja, sebelum Bpk/Ibu menyelesaikan administrasi di depan."

3. **Fase Kerja**
   "Pak/Bu, ini jadwal B selama di rumah sakit. Coba diperhatikan. Apakah kira-kira dapat dilaksanakan semua di rumah? Jangan lupa memperhatikan B, agar ia tetap menjalankan di rumah, dan jangan lupa memberi tanda M (mandiri), B (bantuan), atau T (tidak mau melaksanakan)."

   "Hal-hal yang perlu diperhatikan lebih lanjut adalah perilaku yang ditampilkan oleh anak ibu dan bapak selama di rumah. Kalau misalnya B mengaku sebagai seorang nabi terus menerus dan tidak memperlihatkan perbaikan, menolak minum obat atau memperlihatkan perilaku membahayakan orang lain. Jika hal ini terjadi segera hubungi Suster E di Puskesmas ..., puskesmas terdekat dari rumah ibu dan bapak, ini nomor telepon puskesmasnya: (0321) 321xxx.

   Selanjutnya suster E yang akan membantu memantau perkembangan B selama di rumah"

4. **Fase Terminasi**
   "Apa yang ingin Bapak/Ibu tanyakan?Bagaimana perasaan Bpk/Ibu? Sudah siap melanjutkan di rumah?"

   "Ini jadwal kegiatan hariannya. Ini rujukan untuk Sr E di PKM Inderapuri. Kalau ada apa-apaBpk/Ibu boleh juga menghubungi kami. Silakan menyelesaikan administrasi ke kantor depan."

I. Evaluasi

1. Kemampuan pasien dan keluarga

PENILAIAN KEMAMPUAN PASIEN DAN KELUARGA DENGAN MASALAH WAHAM

Nama pasien : .....
Nama ruangan : .....
Nama perawat : .....

Petunjuk pengisian:
1. Berilah tanda (V) jika pasien dan keluarga mampu melakukan kemampuan di bawah ini.
2. Tuliskan tanggal setiap dilakukan penilaian

No	Kemampuan	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl
A	**Pasien**				
1	Berkomunikasi sesuai dengan kenyataan				
2	Menyebutkan cara memenuhi kebutuhan yang tidak terpenuhi				
3	Mempraktekkan cara memenuhi kebutuhan yang tidak terpenuhi				
4	Menyebutkan kemampuan positif yang dimiliki				
5	Mempraktekkan kemampuan positif yang dimiliki				
6	Menyebutkan jenis, jadual, dan waktu minum obat				
7	Melakukan jadwal aktivitas dan minum obat sehari-hari				
B	**Keluarga**				
1	Menyebutkan pengertian waham dan proses terjadinya waham				
2	Menyebutkan cara merawat pasien dengan waham				
3	Mempraktekkan cara merawat pasien dengan waham				
4	Membuat jadual aktivitas dan minum obat klien di rumah (discharge planning)				

2. Kemampuan perawat

PENILAIAN KEMAMPUAN PERAWAT DALAM MERAWAT PASIEN WAHAM

Petunjuk pengisian:
Penilaian tindakan keperawatan untuk setiap SP dengan menggunakan **instrumen penilaian**.
Nilai tiap penilaian kinerja masukkan ke tabel pada baris **nilai SP.**

No	Kemampuan	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl
A	**Pasien**							
	SP I p							
1	Membantu orientasi realita							
2	Mendiskusikan kebutuhan yang tidak terpenuhi							
3	Membantu pasien memenuhi kebutuhannya							
4	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian							
	Nilai SP I p							
	SP II p							
1	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien							
2	Berdiskusi tentang kemampuan yang dimiliki							
3	Melatih kemampuan yang dimiliki							
	Nilai SP II p							
	SP III p							
1	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien							
2	Memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur							
3	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian							
	Nilai SP III p							
B	**Keluarga**							
	SP I k							
1	Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien							
2	Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala waham, dan jenis waham yang dialami pasien beserta proses terjadinya							
3	Menjelaskan cara-cara merawat pasien waham							
	Nilai SP I k							

No	Kemampuan	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl
	SP II k							
1	Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan waham							
2	Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien waham							
	Nilai SP II k							
	SP III k							
1	Membantu keluarga membuat jadual aktivitas di rumah termasuk minum obat (discharge planning)							
2	Menjelaskan follow up pasien setelah pulang							
	Nilai SP III k							
	Total nilai: SP p + SP k							
	Rata-rata							

Nama pasien : .....
Nama ruangan : .....
Nama perawat : .....

J. Mendokumentasikan Asuhan Keperawatan

Berikut adalah pedoman pengkajian dari diagnosa keperawatan waham. Format pengkajian lengkap dapat dilihat di modul 7

Latihan
Dokumentasikan pengkajian dan diagnosa keperawatan pasien waham menggunakan format yang tersedia

Proses pikir
[ ] Sirkumstansial [ ] Tangensial
[ ] Flight of ideas [ ] Blocking
[ ] Kehilangan assosiasi [ ] Pengulangan bicara

Isi pikir
[ ] Obsesi [ ] Fobia
[ ] Depersonalisasi [ ] Ide terkait
[ ] Hipokondria [ ] Pikiran magis

Waham
[ ] Agama [ ] Somatic [ ] Kebesaran [ ] Curiga

[ ] Nihilistik [ ] Sisip pikir [ ] Siar pikir [ ] Kontrol pikir

D. Terapi Modalitas

1. Terapi Kognitif
   Bertujuan:
   a. Mengembangkan pola pikir yang rasional.
   b. Mengubah pola pikir yang tidak rasional yang sering mengakibatkan gangguan perilaku yang tidak berdasarkan fakta dan informasi yang aktual.
   c. Membiasakan diri selalu menggunakan pengetesan realita dalam menanggapi setiap stimulus.
2. Terapi Individu
   Hubungan terstruktur dalam terapi individu bertujuan agar klien mampu merubah isi pikir serta menyelesaikan konflik yang dialaminya. Selain itu klien juga diharapkan mampu meredakan penderitaan atau distress emosional, serta mengembangkan cara yang sesuai dalam memenuhi kebutuhan dasar diri.
3. Terapi Kelompok
   Dengan adanya terapi kelompok klien akan dibimbing dengan petugas psikoterapi dengan tujuan:
   a. Klien dapat berkembang dengan sadar diri apa yang dipikirkan, dirasakan, dan perilaku atau perasaan lainnya. Umpan balik kelompok akan mampu mendorong klien untuk dapat merubah pola pikir sehingga hubungan interpersonal lebih afektif
   b. Apa yang dipikirkan klien bisa dibantah.
4. Terapi keluarga
   a. Mempercepat proses kesembuhan melalui dinamika kelompok
   b. Memperbaiki hubungan interpersonal klien dengan tiap anggota keluarga atau memperbaiki proses sosialisasi yang dibutuhkan dalam upaya rehabilitasi
   c. Menurunkan angka kekambuhan
   d. Keluarga mampu meningkatkan pengertian terhadap klien
   e. Keluarga mampu membantu proses rehabilitasi

E. Terapi Aktifitas Kelompok

Terapi aktivitas kelompok yang cocok untuk klien waham adalah terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi (TAKSP) realita diri karena pada kasus ini klien mengalami gangguan orientasi pada dirinya sendiri, klien mengingkari keadaan yang nyata.

Topik: waham kebesaran

Tujuan Umum: klien dapat mengontrol wahamnya

Tujuuan Khusus:

Sesi 1: klien dapat membina hubungan saling percaya

Sesi 2: klien dapat mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki

Sesi 3: klien dapat berhubungan dengan realitas

.

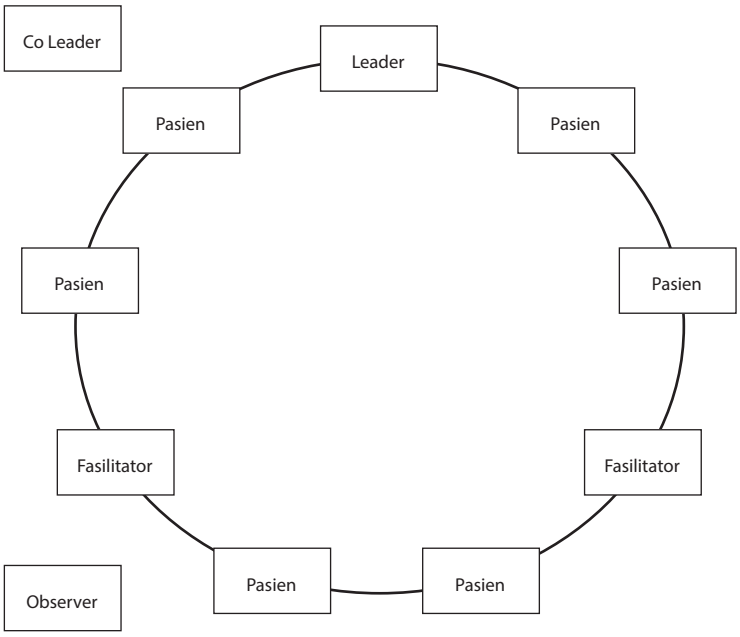
F. Proposal Tak Stimulus Persepsi: Mengontrol Waham

1. Tujuan
   a. Tujuan umum: klien mempunyai kemampuan untuk menyelesaikan masalah yang diakibatkan oleh paparan stimulasi kepadanya.
   b. Tujuan khusus :
   - Klien dapat mempersepsikan stimulus yang paparkan
   - Klien dapat menyelesaikan masalah sesuai stimulus yang dipaparkan

2. Landasan Teori
   Klien yang dirawat di rumah sakit jiwa pada umumnya dengan keluhan tidak dapat diatur dirumah, misalnya amuk, diam saja, mendominasi pembicaraan yang tidak sesuai realita.Terapi aktivitas kelompok merupakan salah satu tindakan keperawatan untuk klien ganggu jiwa.Terapi ini adalah terapi yang pelaksanaannya merupakan tanggung jawab penuh dari seorang perawat.Oleh karena itu seorang perawat khususnya perawat jiwa harus mampu melakukan TAK secara tepat dan benar. TAK adalah suatu upaya untuk memfasilitasi psikoterapis terhadap sejumlah klien pada waktu yang sama untuk memantau dan meningkatkan hubungan interpersonal antara anggota.Terapi yang menggunakan aktivitas mempersepsikan stimulus yang terkait dengan pengalaman kehidupan dan menetapkan alternatif penyelesaiannya. Klien yang mempunya indikasi: klien dengan semua gangguan perilaku.
3. Klien
   a. Karateristik Klien
      Berdasarkan kajian yang dilakukan, karakteristik klien yang dapat dilakukan dalam TAK ini adalah klien dengan perubahan isi pikir: waham.
   b. Proses seleksi
      1) Hasil Observasi sehari-hari di ruangan
      2) Informasi dari perawat ruangan
      3) Hasil diskusi kelompok
      4) Kontrak dengan klien yaitu kesadaran klien untuk mengikuti kegiatan berdasarkan kesepakatan mengenai kegiatan tempat dan waktu
4. Metode Dan Media
   1. Metode
      1). Diskusi kelompok dan tanya jawab
      2). Latihan
      3). Simulasi
   2. Alat
      1). Kertas HVS
      2). Pensil
      3). Spidol white

4). White board
5). Contoh obat-obatan

3. Setting
   1). Klien dan terapis duduk bersama dalam lingkaran
   2). Ruangan nyaman dan tenang



5. Pengorganisasian
   1. Waktu
      1). Hari/Tanggal :
      2). Jam : 08.00-08.45 WIB
      3). Acara : 45 menit
         a. Pembukaan : 5 menit
         b. Perkenalan pada klien : 2 menit
         c. Perkenalan TAK : 5 menit
         d. Persiapan : 10 menit
         e. Permasalahan : 20 menit
         f. Penutup : 3 menit
   2. Tim terapis
      1). Leader
      Bertugas:
         a. Memimpin jalannya acara terapi aktivitas kelompok
         b. Memperkenalkan anggota terapi aktivitas kelompok
         c. Menetapkan jalannya tata tertib

d. Menjelaskan tujuan diskusi
e. Dapat mengambil keputusan dengan menyimpulkan hasil diskusi pada kelompok terapi diskusi tersebut.
f. Kontrak waktu
g. Menyimpulkan hasil kegiatan
h. Menutup acara

2.) Co leader
Bertugas:
a. Mendampingi leader jika terjadi bloking
b. Mengoreksi dan mengingatkan leader jika terjadi kesalahan
c. Bersama leader memecahkan penyelesaian masalah

3.) Observer
Bertugas:
a. Mengobservasi persiapan dan pelaksanaan TAK dari awal sampai akhir
b. Mencatat semua aktifitas dalam terapi aktifitas kelompok
c. Mengobservasi perilaku pasien

4.) Fasilitator
Bertugas:
a. Membantu klien meluruskan dan menjelaskan tugas yang harus dilakukan
b. Mendampingi peserta TAK
c. Memotivasi klien untuk aktif dalam kelompok
d. Menjadi contoh bagi klien selama kegiatan

6. Proses Pelaksanaan
1. Perkenalan
- Kelompok perawat memperkenalkan diri, urutan ditunjuk oleh pembimbing untuk memulai menyebut nama, kemudian leader menjelaskan tujuan dan peraturan kegiatan dalam kelompok
- Bila akan mengemukakan perasaannya klien diminta untuk lebih dulu menunjukkan tangannnya
- Bila klien ingin keluar untuk minum, BAB/BAK harus minta ijin pada perawat
- Pada akhir perkenalan pemimpin mengevaluasi kemampuan identifikasi terhadap perawat dengan menanyakan nama perawat yang ditunjuk oleh leader

2. Permainan
1) Klien yang telah diseleksi dikumpulkan di tempat yang cukup luas atau tempat yang telah ditentukan dan duduk membentuk lingkaran
2) *Leader* membuka kegiatan dengan mengucapkan salam dan memperkenalkan diri dan anggota terapis lain beserta perannya. Kemudian *leader* meminta tiap klien untuk menyebutkan nama dan bertanya peraan klien saat itu .

3) Selanjutnya *leader* membacakan tujuan dari kegiatan dan aturan main yang harus dipatuhi oleh klien. Setelah itu *leader* membuat kontrak waktu dengan klien.
4) Kemudian *co-leader* memutar kaset lagu. Ketika lagu dimulai, bola segera dioperkan dari *leader*an berjalan ke arah berlawanan jarum jam. Setelah satu ptaran, bola berhenti tepat pada *leader* dan *leader* memberikan contoh kepada klien dengan memperkenalkan diri, menceritakan hal-hal apa saja yan selama ini didengar atau dilihat, dimana dan kapan suara atau bayangan itu muncul, serta berapa sering bayangan itu muncul.
5) Setelah selesai, musik kembali dinyalakan dan bola kembali berputar yang berlawanan dengan arah jarum jam untuk memperagakan apa yang telah dicontohkan oleh *leader*. Begitu seterusnya hingga semua klien mendapatkan giliran untuk megungkapkan perilaku halusinasi.
6) Selama kegiatan berlangsung *observer* mengamati jalannya acara dan membacakan hasil kegiatan di akhir acara.

3. *Peer Review* (Evaluasi Kelompok)
   1) Klien dapat mengemukakan perasaannya setelah memperkenalkan dirinya
   2) Klien mengemukakan perasaannya setelah mengemukakan tentang perilaku halusinasi
   3) Klien mengemukakan pendapat tentang kegiatan ini
4. Terminasi
   1) Klien dapat menyebutkan kembali tujuan kegiatan
   2) *Leader* menjelaskan kembali tentang tujuan dan manfaat dari kegiatan kelompok ini

Kriteria Evaluasi

1. Evaluasi Input
   1) Tim berjumlah 5 orang yang terdiri atas 1 *leader*, 1 *co-leader*, 2*fasilitator* dan 1 *observer*
   2) Lingkungan memiliki syarat luas dan sirkulasi baik
   3) Peralatan *tape recorder* dan kaset berfungsi dengan baik
   4) Tersedia papan tulis dan spidol
   5) Klien memakai papan nama
   6) Tidak ada kesulitan memilih klien yang sesuai dengan kriteria dan karakteristik klien untuk melakukan terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi
2. Evaluasi Proses
   1) *Leader* menjelaskan aturan main dengan jelas
   2) *Fasilitator* menempatkan diri di tengah-tengah klien atau berbaur dengan klien
   3) *Observer* menempatkan diri di tempat yang memungkinkan untuk dapat mengawasi jalannnya permainan

4) 90% klien yang mengikuti permainan dapat mengikuti kegiatan dengan aktif dari awal sampai selesai.

3. Evaluasi Output

Presentasi jumlah klien yang mengikuti kegiatan sesuai dengan yang direncanakan

1) 90% dari jumlah klien mampu menyebutkan identitas dirinya
2) 80% dari jumlah klien mampu menterjemahkan perintah sebagai stimulus persepsi
3) 90% dari jumlah klien mampu berespon terhadap klien lain dengan mendengarkan klien lain yang sedang berbicara
4) 90% dari jumlah klien mampu mengikuti aturan main yang telah ditentukan
5) 50% dari jumlah klien mau mengemukakan pendapat tentang therapi aktifitas kelompok yang dilakukan.

TAK STIMULUS PERSEPSI MENGONTROL WAHAM
SESI I: PEMENUHAN KEBUTUHAN

A. Tujuan
   1. Klien dapat menyebutkan kebutuhan yang belum terpenuhi.
   2. Klien melakukan kegiatannya
   3. Klien tidak membicarakan tentang wahamnya
B. Setting
   1. Klien duduk melingkar mengelilingi meja.
   2. Lingkungan tenang dan nyaman.
C. Alat
   1. Kertas HVS sejumlah peserta
   2. Pensil
   3. Spidol white board
   4. White board
D. Metode
   1. Diskusi
   2. Latihan
E. Langkah-langkah kegiatan
   1. Persiapan:
      a. Terapis mempersiapkan alat dan tempat TAK.
      b. Terapis membuat kontrak dengan klien.
   2. Orientasi:
      a. Salam terapiutik: Terapis mengucapkan salam.
      b. Evaluasi/validasi:
         1) Terapis menanyakan perasaan klien hari ini.
      c. Kontrak:
         1) Terapis menjelaskan tujuan kegiatan.
         2) Terapis menjelaskan aturan permainan:
            a) Klien mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir.
            b) Jika klien ingin meninggalkan kelompok harus meminta izin.
            c) Waktu TAK adalah 90 menit.
   3. Tahap Kerja
      a. Terapis menjelaskan langkah-langkah kegiatan.
      b. Terapis membagikan kertas satu lembar dan masing-masing sebuah pensil untuk masing-masing klien.
      c. Terapis menjelaskan pentingnya pemenuhan kebutuhan sehari-hari.
      d. Terapis memberikan contoh bagaimana menuliskan daftar kebutuhan yang belum terpenuhi.

e. Terapis meminta masing-masing klien untuk menuliskan daftar kebutuhan apa yang belum terpenuhi selama di rumah sakit dan di rumah.
f. Terapis membimbing masing-masing klien sampai berhasil menuliskannya.
g. Terapis memberikan pujian kepada masing-masing klien setelah berhasil menulis daftar kebutuhan yang belum terpenuhi..

4. Tahap Terminasi:
   a. Evaluasi:
      1) Terapis menanyakan perasaan klien setelah bisa menyusun daftar kebutuhan yang belum terpenuhi.
      2) Terapis memberikan pujian atas keberhasilan kelompok.
   b. Tindak lanjut: Terapis menganjurkan klien untuk memenuhi kebutuhannya yang belum terpenuhi.
   c. Kontrak yang akan datang:
      1) Terapis membuat kesepakatan dengan klien TAK berikutnya.
      2) Terapis membuat kesepakatan waktu dan tempat TAK.

F. Evaluasi dan Dokumentasi

No	Aspek yang di nilai	Nama Peserta TAK							
1	Menyebutkan pentingnya pemenuhan kebutuhan sehari-hari.								
2	Menyebutkan kebutuhan apa saja yang belum terpenuhi.								

Petunjuk: Dilakukan = 1 Tidak dilakukan = 0

TAK STIMULUS PERSEPSI MENGONTROL WAHAM
SESI II: EKSPLORASI KEMAMPUAN

A. Tujuan
   1. Klien mampu mempertahankan kemampuan yang dimilikinya selama ini.
   2. Klien dapat mengontrol wahamnya dengan menggunakan kemampuannya dalam kegiatan sehari-hari.

B. Setting
   Klien duduk melingkar mengelilingi meja.

C. Alat
   1. Kertas HVS sejumlah peserta
   2. Pensil
   3. Spidol dan white board

D. Metode
   1. Diskusi
   2. Latihan

E. Langkah-langkah kegiatan
   1. Persiapan:
      a. Terapis mempersiapkan alat dan tempat TAK.
      b. Terapis membuat kontrak dengan klien.
   2. Orientasi:
      a. Salam terapiutik: Terapis mengucapkan salam.
      b. Evaluasi/validasi:
         1). Terapis menanyakan keadaan klien hari ini.
         2). Terapis menanyakan apakah kebutuhan klien sudah terpenuhi atau belum.
      c. Kontrak:
         1). Terapis menjelaskan tujuan kegiatan.
         2). Terapis menjelaskan aturan permainan:
            a. Klien mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir.
            b. Jika klien ingin meninggalkan kelompok harus meminta izin kepada terapis.
            c. Waktu TAK adalah 90 menit.
   3. Tahap Kerja
      a. Terapis menjelaskan langkah-langkah kegiatan.
      b. Terapis membagikan kertas satu lembar dan masing-masing sebuah pensil untuk masing-masing klien.
      c. Terapis meminta masing-masing klien untuk menuliskan kemampuan apa saja yang dimilikinya saat ini yang realitas. (contoh: menjahit, menggambar, dll).
      d. Terapis meminta masing – masing klien untuk menunjukkan kemampuannya tersebut ke klien lain.

e. Terapis meminta untuk memasukkan kemampuan masing-masing klien ke dalam jadwal kegiatannya sehari-hari.
f. Terapis membimbing masing-masing klien sampai berhasil menyelesaikannya.
g. Terapis memberikan pujian kepada masing-masing klien setelah berhasil menyelesaikannya.

4. Tahap Terminasi:
   a. Evaluasi:
      1. Terapis menanyakan perasaan klien setelah bisa menuliskan kemampuan dan mempraktekannya.
      2. Terapis memberikan pujian atas keberhasilan kelompok.
   b. Tindak lanjut: Terapis menganjurkan klien melaksanakan kemampuan masing-masing klien untuk diterapkan di kesehariannya.
   c. Kontrak yang akan datang:
      1. Terapis membuat kesepakatan dengan klien TAK berikutnya.
      2. Terapis membuat kesepakatan waktu dan tempat TAK.

F. Evaluasi dan Dokumentasi

No	Aspek yang di nilai	Nama Peserta TAK							
1	Menuliskan kemampuan yang dimiliki klien.								
2	Mempraktekkannya di depan klien lain.								
3	Memasukkan kemampuan masing-masing klien ke dalam jadwal kegiatan sehari-hari.								

Petunjuk: Dilakukan = 1 Tidak dilakukan = 0

TAK STIMULUS PERSEPSI MENGONTROL WAHAM
SESI III: BICARA DALAM KONTEKS REALITA

A. Tujuan
   1. Klien berbicara secara realitas.
B. Setting
   1. Tempat TAK diruangan tenang dan nyaman.
   2. Klien duduk melingkar.
C. Alat
   1. Spidol
   2. White Board
D. Metode
   1. Diskusi kelompok
   2. Simulasi
E. Langkah-langkah
   1. Persiapan
      a. Terapis mempersiapkan alat dan tempat TAK
      b. Terapis membuat kontrak dengan klien.
   2. Orientasi
      a. Salam: terapis mengucapkan salam kepada klien.
      b. Evaluasi/validasi:
         1) Terapis menanyakan kabar klien hari ini.
      c. Terapis menanyakan apakah klien sudah menerapkan kemampuan yang dimiki ke dalam jadwal kegiatannya sehari-hari.
      d. Kontrak
         1) Terapis menjelaskan tujuan TAK.
         2) Terapis menjelaskan waktu kegiatan adalah 60 menit.
         3) Terapis menjelaskan aturan main.
            - Klien mengikuti dari awal sampai akhir kegiatan.
            - Bila klien ingin keluar dari kelompok, harus meminta izin pada terapis.
   3. Tahap Kerja
      a. Terapis menjelaskan pentingnya melakukan bicara dalam konteks realita kepada klien waham.
      b. Terapis meminta klien untuk menyebutkan apa yang terjadi pada klien, identitas klien, dan situasi yang di alami klien sehingga mengalami waham.
      c. Biarkan klien untuk menyelesaikan apa yang dibicarakannya.
      d. Jika klien mulai membicarakan tentang wahamnya, dengarkan sampai kebutuhan waham tidak ada.

e. Tekankan kepada klien bahwa yang dibicarakan klien tersebut tidak benar dan berikan penjelaan situasi yang sebenarnya.
f. Terapis melakukan hal yang sama secara bergantian kepada klien lain , dimulai dari klien yang duduk disebelah kiri terapis, searah jarum jam sampai semua mendapat giliran.
g. Terapis memberikan pujian kepada klien setiap selesai.

4. Tahap Terminasi
   a. Evaluasi:
      1) Terapis menanyakan perasaan klien setelah selesai mengikuti TAK.
      2) Terapis memberikan pujian atas keberhasilan kelompok.
   b. Tindak lanjut
      Klien bisa menerima bahwa yang dipikirkannya salah dan menerapkan bahwa yang dipikirkan selama ini salah/tidak sesuai realita.
   c. Kontrak yang akan datang
      1) Terapis menyepakati kegiatan TAK
      2) Terapis menyepakati tempat dan waktu TAK berikutnya

F. Evaluasi dan Dokumentasi

No	Aspek yang Dinilai	Nama Peserta TAK							
1	Menyebutkan apa yang terjadi pada klien, identitas diri, dan situasi yang menyebabkan klien menjadi waham.								
2	Klien bisa keadaan yang sebenarnya.								

Petunjuk: Dilakukan = 1 Tidak dilakukan = 0

BAB 22

Asuhan Keperawatan pada Klien Perilaku Kekerasan

A. Definisi Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan merupakan respons terhadap stresor yang dihadapi oleh seseorang, yang ditunjukkan dengan perilaku aktual melakukan kekerasan,baik pada diri sendiri maupun orang lain,secara verbal maupun non verbal,bertujuan untuk melukai orang secara fisik maupun psikologis (Berkowitz, 2000). Perilaku kekerasan merupakan salah satu respons marah yang diekspresikan dengan melakukan ancaman, mencederai orang lain, dan atau merusak lingkungan. Respons ini dapat menimbulkan kerugian baik pada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan.

Kemarahan adalah suatu perasaan atau emosi yang timbul sebagai reaksi terhadap kecemasan yang meningkat dan dirasakan sebagai ancaman. Pengungkapan marah yang konstruktif dapat membuat perasaan lega. Perilaku kekerasan atau agresif merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi ini maka perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal dan fisik. Sedangkan marah tidak harus memiliki tujuan khusus. Marah lebih merujuk kepada suatu perangkat perasaan-perasaan tertentu yang biasa disebut dengan perasaan marah. Dengan kata lain kemarahan adalah perasaan jengkel yang muncul sebagai respon terhadap kecemasan yang dirasakan sebagai ancaman oleh individu (Sujono,2009)

Perilaku kekerasan dianggap sebagai suatu akibat yang ekstrim dari marah atau ketakutan (panik). Perilaku agresif dan perilaku kekerasan itu sendiri sering dipandang sebagai suatu rentang, dimana agresif verbal disuatu sisi dan perilaku kekerasan (violence) di sisi lain. (Yosep, 2007). Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis dan dapat membahayakan klien sendiri, lingkungan

termasuk orang lain dan barang- barang Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk, yaitu saat sedang berlangsung perilaku kekerasan atau riwayat perilaku kekerasan.

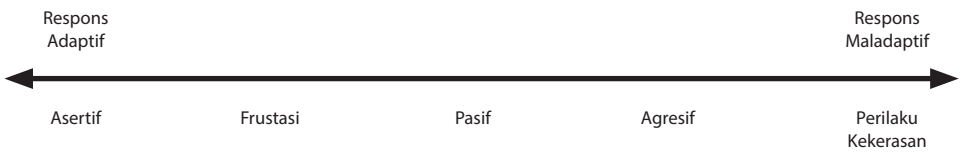
2. Fungsi Marah

1) *Energizing function/anger energizer behaviour*.
   Menambah atau meningkatkan tenaga seseorang, misalnya orang yang mengamuk pada umumnya tenaganya sangat kuat.
2) *Expressive function*.
   Ekspresi kemarahan yang terbuka menandakan hubungan yang sehat. Misalnya: ekspresi perasaan kecewa/tidak puas akan diperlihatkan dengan kemarahan.
3) *Self promotion function*.
   Kemarahan dapat dipakai untuk memproyeksikan konsep diri yang positif/untuk meningkatkan harga diri. Misalnya: orang akan marah karena merasa dihina.
4) *Defensive function*.
   Kemarahan merupakan pertahanan ego dalam menanggapi kecemasan yang meninggi, karena konflik eksternal, misalnya: seseorang melampiaskan kemarahannya, kemudian setelah terlampiaskan orang tersebut akan merasa lega.
5) *Potentiating function*.
   Kemarahan dapat meningkatkan kemampuan, misalnya: orang yang merasa dihina kemudian berusaha meningkatkan kemampuannya dalam berbagai segi, misalnya: orang yang bersaing tidak sehat.
6) *Discriminative function*.
   Membedakan seseorang dalam berbagai keadaan alam perasaan, misalnya: gembira, sedih, jengkel dan sebagainya.

3. Proses Terjadinya Masalah

a. Rentang Respon Marah

Perilaku kekerasan merupakan suatu rentang emosi dan ungkapan kemarahan yang di manifestasikan dalam bentuk fisik. Kemarahan tersebut merupakan suatu bentuk komunikasi dan proses penyampaian pesan dari individu. Orang yang mengalami kemarahan sebenarnya ingin menyampaikan pesan bahwa " ia" tidak setuju, tersinggung, merasa tidak di anggap, merasa tidak di turut atau diremehkan". Rentang respon kemarahan individu di mulai dari respon normal (assertif) sampai pada respon yang tidak normal (maladaptif).



Keterangan:

Kegagalan yang menimbulkan frustasi dapat menimbulkan respon pasif dan melarikan diri/respon melawan dan menentang sampai respon maladaptif yaitu agresif –kekerasan.

a) **Asertif:** Individu dapat mengungkapkan marah tanpa menyalahkan orang lain dan memberikan orang lain dan ketenangan .

b) **Frustasi:** Individu gagal mencapai tujuan kepuasan saat marah dan tidak dapat menemukan alternative.

c) **Pasif:** Perilaku dimana seseorang tidak mampu mengungkapkan perasaan sebagai suatu usaha dalam mempertahankan haknya.

d) **Agresif:** Memperlihatkan permusuhan, keras dan menuntut, mendekati orang lain dengan ancaman memberi kata-kata ancaman tanpa niat melukai orang lain. Umumnya klien masih dapat mengontrol perilaku untuk tidak melukai orang lain.

e) **Kekerasan:** Sering juga disebut dengan gaduh gelisah atau amuk. Prilaku kekerasan ditandai dengan menyentuh orang lain secara menakutkan, memberi kata-kata ancaman melukai disertai melukai pada tingkat ringan, dan yang paling berat adalah melukai/merusak secara serius. Klien tidak mampu mengendalikan diri atau hilang kontrol.

b. Faktor-Faktor Terjadinya Perilaku Kekerasan

1. Faktor Predisposisi
   A. Factor biologis
      a) Neurologic factor
         Beragam komponen dari sistem syaraf seperti synap, neurotransmitter, dendrite, axon terminalis mempunyai peran memfasilitasi atau menghambat rangsangan dan pesan-pesan yang mempengaruhi sifat agresif. Sistem limbic sangat terlibat dalam menstimulasi timbulnya perilaku bermusuhan dan respons agresif.
      b) Faktor Genetik
         Adanya faktor gen yang diturunkan melalui orang tua, menjadi potensi perilaku agresif.
      c) Faktor Biokimia
         Faktor biokimia tubuh seperti neurotransmitter di otak (epinephrin, norepinephrin, dopamin, asetilkolin, dan serotonin). Peningkatan hormone androgen dan norepinephrin serta penurunan serotonin dan GABA pada cairan cerebrospinal vertebra dapat menjadi factor predisposisi terjadinya perilaku agresif.
      d) Instinctual drive theory (teori dorongan naluri)
         Teori ini menyatakan bahwa perilaku kekerasan disebabkan oleh suatu dorongan kebutuhan dasar yang kuat.

B. Factor psikologis
   a) Teori Psikoanalisa;
      Agresivitas dan kekerasan dapat dipengaruhi oleh riwayat tumbuh kembang seseorang (life span hystori). Teori ini menjelaskan bahwa adanya ketidakpuasan fase oral antara usia 0-2 tahun dimana anak tidak mendapat kasih saying dan pemenuhan kebutuhan air susu yang cukup cenderung mengembangkan sikap agresif dan bermusuhan setelah dewasa sebagai kompensasi adanya ketidakpercayaan pada lingkungan.
   b) Imitation, modeling, and information processing theory
      Menurut teori ini perilaku kekerasan biasa berkembang dalam lingkungan yang monolelir kekerasan. Adanya contoh, model dan perilaku yang ditiru dari media atau lingkungan sekitar memungkinkan individu meniru perilaku tersebut.
   c) Learning theory
      Perilaku kekerasan merupakan hasil belajar individu terhadap lingkungan terdekatnya. Ia mengamati bagaimana respons ayah saat menerima kekecewaan dan mengamati bagaimana respons ibu saat marah atau sebaliknya. Ia juga belajar bahwa agresivitas lingkungan sekitar menjadi peduli, bertanya, menanggapi, dan menganggap bahwa dirinya eksis dan patut untuk diperhitungkan.
   d) Existensi theory (teori eksistensi)
      Bertindak sesuai perilaku adalah kebutuhan dasar manusia apabila kebutuhan tersebut tidak dapat di penuhi melalui perilaku konstruksi maka individu akan memenuhi kebutuhan melalui perilaku destruktif.

C. Factor social cultural
   a) Social environment theory (theory lingkungan)
      Lingkungan social akan mempengaruhi sikap individu dalam mengekspresikan marah.budaya tertutup dan membalas secara diam (pasif agresif) dan control social yang tidak pasti terhadap perilaku kekerasan akan menciptakan seolah-olah perilaku kekerasan diterima.
   b) Social learning theory (theory balajar social)
      Perilaku kekerasan dapat dipelajari secara langsung maupun melalui proses sosialisasi.

2. Faktor Presipitasi
   Faktor-faktor yang dapat mencetuskan perilaku kekerasan seringkali berkaitan dengan:
   1) Ekspresi diri, ingin menunjukkan eksistensi diri atau symbol solidaritas seperti dalam sebuah konser, penonton sepak bola, geng sekolah, perkelahian massal dan sebagainya.

2) Ekspresi dari tidak terpenuhinya kebutuhan dasar dan kondisi social ekonomi.
3) Kesulitan dalam mengkomunikasikan sesuatu dalam keluarga serta tidak kekerasan dalam menyelesaikan konflik.
4) Ketidaksiapan membiasakan dialog untuk memecahkan masalah cenderung melakukan seorang ibu dalam merawat anaknya dan ketidakmampuan menempatkan dirinya sebagai seorang dewasa.
5) Adanya riwayat perilaku anti social meliputi penyalahgunaan obat, alkoholisme dan tidak mampu mengontrol emosinya pada saat menghadapi rasa frustasi.
6) Kematian anggota keluarga yang terpenting, kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan keluarga.

3. Penilaian terhadap stressor

Penilaian stessor melibatkan makna dan pemahaman dampak dari situasi stres bagi individu. itu mencakup kognitif, afektif, fisiologis, perilaku, dan respon sosial. Penilaian adalah evaluasi tentang pentingnya sebuah peristiwa dalam kaitannya dengan kesejahteraan seseorang. Stressor mengasumsikan makna, intensitas, dan pentingnya sebagai konsekuensi dari interpretasi yang unik dan makna yang diberikan kepada orang yang berisiko (Stuart & Laraia, 2005).

Respon perilaku adalah hasil dari respons emosional dan fisiologis, serta analisis kognitif seseorang tentang situasi stres. Caplan (1981, dalam Stuart & Laraia, 2005) menggambarkan empat fase dari respon perilaku individu untuk menghadapi stress, yaitu:

1) Perilaku yang mengubah lingkungan stres atau memungkinkan individu untuk melarikan diri dari itu.
2) Perilaku yang memungkinkan individu untuk mengubah keadaan eksternal dan setelah mereka.
3) Perilaku intrapsikis yang berfungsi untuk mempertahankan rangsangan emosional yang tidak menyenangkan.
4) Perilaku intrapsikis yang membantu untuk berdamai dengan masalah dan gejala sisa dengan penyesuaian internal.

4. Sumber koping

Menurut Stuart & Laraia (2005), sumber koping dapat berupa aset ekonomi, kemampuan dan keterampilan, teknik defensif, dukungan sosial, dan motivasi. Hubungan antara individu, keluarga, kelompok dan masyarakat sangat berperan penting pada saat ini. Sumber koping lainnya termasuk kesehatan dan energi, dukungan spiritual, keyakinan positif, keterampilan menyelesaikan masalah dan sosial, sumber daya sosial dan material, dan kesejahteraan fisik.

Keyakinan spiritual dan melihat diri positif dapat berfungsi sebagai dasar harapan dan dapat mempertahankan usaha seseorang mengatasi hal yang paling

buruk. Keterampilan pemecahan masalah termasuk kemampuan untuk mencari informasi, mengidentifikasi masalah, menimbang alternatif, dan melaksanakan rencana tindakan. keterampilan sosial memfasilitasi penyelesaian masalah yang melibatkan orang lain, meningkatkan kemungkinan untuk mendapatkan kerjasama dan dukungan dari orang lain, dan memberikan kontrol sosial individu yang lebih besar. akhirnya, aset materi berupa barang dan jasa yang bisa dibeli dengan uang.

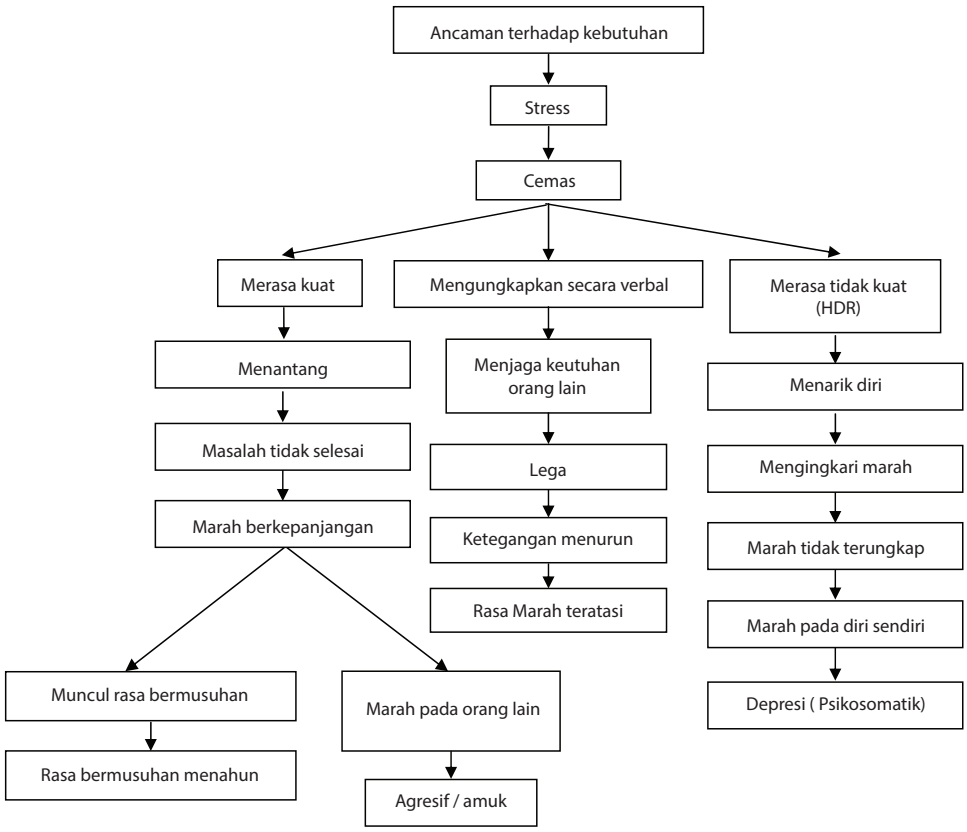
5. Mekanisme koping

   Menurut Stuart & Laraia (2005), mekanisme koping yang dipakai pada klien marah untuk melindungi diri antara lain:

   1) Sublimasi, yaitu menerima suatu sasaran pengganti yang mulia artinya di mata masyarakat untuk suatu dorongan yang mengalami hambatan penyalurannya secara normal. Misalnya seseorang yang sedang marah melampiaskan kemarahannya pada obyek lain seperti meremas adonan kue, meninju tembok dan sebagainya, tujuannya adalah untuk mengurangi ketegangan akibat rasa marah.
   2) Proyeksi, yaitu menyalahkan orang lain mengenai kesukarannya atau keinginannya yang tidak baik. Misalnya seseorang wanita muda yang menyangkal bahwa ia mempunyai perasaan seksual terhadap rekan sekerjanya, berbalik menuduh bahwa temannya tersebut mencoba merayu, mencumbunya.
   3) Represi, yaitu mencegah pikiran yang menyakitkan atau membahayakan masuk ke alam sadar. Misalnya seseorang anak yang sangat benci pada orang tuanya yang tidak disukainya. Akan tetapi menurut ajaran atau didikan yang diterimanya sejak kecil bahwa membenci orang tua merupakan hal yang tidak baik dan dikutuk oleh Tuhan, sehingga perasaan benci itu ditekannya dan akhirnya ia dapat melupakannya.
   4) Reaksi formasi, yaitu mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan, dengan melebih-lebihkan sikap dan perilaku yang berlawanan dan menggunakannya sebagai rintangan. Misalnya seorang yang tertarik pada teman suaminya, akan memperlakukan orang tersebut dengan kasar.
   5) *Displacement*, yaitu melepaskan perasaan yang tertekan biasanya bermusuhan, pada obyek yang tidak begitu berbahaya seperti yang pada mulanya yang membangkitkan emosi itu. Misalnya anak berusia 4 tahun marah karena ia baru saja mendapat hukuman dari ibunya karena menggambar di dinding kamarnya. Dia mulai bermain perang-perangan dengan temannya.

c. Pathway

Proses terjadinya perilaku kekerasan digambarkan dalam konsep sebagai berikut:



d. Tanda dan Gejala

Perawat dapat mengidentifikasi dan mengobservasi tanda dan gejala perilaku kekerasan:

1) Fisik
   a. Muka merah dan tegang
   b. Mata melotot/pandangan tajam
   c. Tangan mengepal
   d. Rahang mengatup
   e. Wajah memerah dan tegang
   f. Postur tubuh kaku
   g. Pandangan tajam
   h. Mengatupkan rahang dengan kuat
   i. Mengepalkan tangan
   j. Jalan mondar-mandir
2) Verbal
   a. Bicara kasar
   b. Suara tinggi, membentak atau berteriak

c. Mengancam secara verbal atau fisik
d. Mengumpat dengan kata-kata kotor
e. Suara keras
f. Ketus

3) Perilaku
a. Melempar atau memukul benda/orang lain
b. Menyerang orang lain
c. Melukai diri sendiri/orang lain
d. Merusak lingkungan
e. Amuk/agresif

4) Emosi
Tidak adekuat, tidak aman dan nyaman, rasa terganggu, dendam dan jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, menyalahkan, dan menuntut.

5) Intelektual
Mendominasi, cerewet, kasar, berdebat, meremehkan, sarkasme.

6) Spiritual
Merasa diri berkuasa, merasa diri benar, mengkritik pendapat orang lain, menyinggung perasaan orang lain, tidak peduli dan kasar.

7) Sosial
Menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan, sindiran

8) Perhatian
Bolos, mencuri, melarikan diri, penyimpangan seksual

4. Proses Keperawatan Perilaku Kekerasan

a. Pengkajian
Pengkajian adalah dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri dari pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah klien. Data yang dikumpulkan melalui data biologis , psikologis, social dan spiritual. (Keliat, Budi Ana, 1998: 3).

1) Identitas klien
Melakukan perkenalan BHSP dan kontrak dengan klien tentang: nama mahasiswa, nama panggilan, lalu dilanjut melakuka pengkajian dengan nama klien, nama panggilan klien, tujuan, waktu, tempat pertemuan, topik yang akan dibicarakan. Tanyakan dan catat usia klien dan No RM, tanggal pengkajian dan sumber data yang didapat.

2) Alasan masuk
Penyebabkan klien atau keluarga datang, apa yang menyebabkan klien melakukan kekerasan, apa yang klien lakukan dirumah, apa yang sudah dilakukan keluarga untuk mengatasi masalah

3) Faktor predisposisi

Menanyakan apakah keluarga mengalami gangguan jiwa, bagaimana hasil pengobatan sebelumnya, apakah pernah melakukan atau mengalami penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga, dan tindakan kriminal. Menanyakan kepada klien dan keluarga apakah ada yang mengalami gangguan jiwa, menanyakan kepada klien tentang pengalaman yang tidak menyenangkan. Pada klien dengan perilaku kekerasan faktor predisposisi, faktor presipitasi klien dari pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan, adanya riwayat anggota keluarga yang gangguan jiwa dan adanya riwayat penganiayaan.

4) Pemeriksaan fisik

Memeriksa tanda-tanda vital, tinggi badan, berat badan, dan tanyakan apakah ada keluhan fisik yang dirasakan klien. Pada klien dengan perilaku kekerasan tekanan darah meningkat, RR meningkat, nafas dangkat, muka memerah, tonus otot meningkat, dan dilatasi pupil.

5) Psikososial

a) Genogram

Genogram menggambarkan klien dengan keluarga, dilihat dari pola komunikasi, pengambilan keputusan, dan pola asuh. Pada klien perilaku kekerasan perlu dikaji pola asuh keluarga dalam menghadapi klien.

b) Konsep diri

a. Gambaran diri

Tanyakan persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi klien terhadap bagian tubuh yang tidak disukai dan bagian yang disukai. Klien dengan perilaku kekerasan mengenai gambaran dirinya ialah pandangan tajam, tangan mengepal, muka memerah

b. Identitas diri

Status dan posisi klien sebelum klien dirawat, kepuasan klien terhadap status posisinya, kepuasan klien sebagai laki – laki atau perempuan, keunikan yang dimiliki sesuai dengan jenis kelaminnya dan posisinya. Klien dengan PK biasanya identitas dirinya ialah moral yang kurang karena menunjukkan pendendam, pemarah, dan bermusuhan

c. Fungsi peran

Tugas atau peran klien dalam keluarga/pekerjaan/kelompok masyarakat, kemampuan klien dalam melaksanakan fungsi atau perannya, perubahan yang terjadi saat klien sakit dan dirawat, bagaimana perasaan klien akibat perubahan tersebut. Fungsi peran pada klien perilaku kekerasan terganggu karena adanya perilaku yang menciderai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.

d. Ideal diri

Klien dengan PK jika kenyataannya tidak sesuai dengan kenyataan maka ia cenderung menunjukkan amarahnya, serta untuk pengkajian

PK mengenai ideal diri harus dilakukan pengkajian yang berhubungan dengan harapan klien terhadap keadaan tubuh yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan atau sekolah, harapan klien terhadap lingkungan, harapan klien terhadap penyakitnya, bagaimana jika kenyataan tidak sesuai dengan harapannya.

e. Harga diri

Harga diri yaitu penilaian tentang nilai personal yang diperoleh dengan menganalisa seberapa baik perilaku seseorang sesuai dengan ideal dirinya. Harga diri tinggi merupakan perasaan yang berakar dalam menerima dirinya tanpa syarat, meskipun telah melakukan kesalahan, kekalahan dan kegagalan, ia tetap merasa sebagai orang yang penting dan berharga. Harga diri yang dimiliki klien perilaku kekerasan ialah harga diri rendah karena penyebab awal klien PK marah yang tidak bisa menerima kenyataan dan memiliki sifat labil yang tidak terkontrol beranggapan dirinya tidak berharga.

c) Hubungan sosial

Hubungan social pada perilaku kekerasan terganggu karena adanya resiko menciderai diri sendiri, orang lain , dan lingkungan serta memiliki amarah yang tidak dapat terkontrol, selanjutnya dalam pengkajian dilakukan observasi mengenai adanya hubungan kelompok apa saja yang diikuti dalam masyarakat, keterlibatan atau peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat, hambatan dalam berhubungan dengan orang lain, minat dalam berinteraksi dengan orang lain.

d) Spiritual

Nilai dan keyakinan, kegiatan ibadah/menjalankan keyakinan, kepuasan dalam menjalankan keyakinan.

6) Status mental

1. Penampilan

Melihat penampilan klien dari ujung rambut sampai ujung kaki tidak rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak seperti biasanya, kemampuan klien dalam berpakaian kurang, dampak ketidakmampuan berpenampilan baik/berpakaian terhadap status psikologis klien (deficit perawatan diri). Pada klien dengan perilaku kekerasan biasanya klien tidak mampu merawat penampilannya, biasanya penampilan tidak rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak seperti biasanya, rambut kotor, rambut seperti tidak pernah disisr, gigi kotor dan kuning, kuku panjang dan hitam.

2. Pembicaraan

Amati pembicaraan klien apakah cepat, keras, terburu-buru, gagap, sering terhenti/bloking, apatis, lambat, membisu, menghindar, tidak mampu memulai

pembicaraan. Pada klien perilaku kekerasan cara bicara klien kasar, suara tinggi, membentak, ketus, berbicara dengan kata – kata kotor.

3. Aktivitas motorik
   Agresif, menyerang diri sendiri orang lain maupun menyerang objek yang ada disekitarnya. Klien perilaku kekerasan terlihat tegang dan gelisah, muka merah, jalan mondar-mandir.
4. Afek dan Emosi
   Untuk klien perilaku kekerasan efek dan emosinya labil, emosi klien cepat berubah-ubah cenderung mudah mengamuk, membanting barang-barang/ melukai diri sendiri, orang lain maupun objek sekitar, dan berteriak-teriak
5. Interaksi selama wawancara
   Klien perilaku kekerasan selama interaksi wawancara biasanya mudah marah, defensive bahwa pendapatnya paling benar, curiga, sinis, dan menolak dengan kasar. Bermusuhan:dengan kata-kata atau pandangan yang tidak bersahabat atau tidak ramah. Curiga dengan menunjukan sikap atau peran tidak percaya kepada pewawancara atau orang lain.
6. Persepsi/Sensori
   Pada klien perilaku kekerasan resiko untuk mengalami persepsi sensori sebagai penyebabnya.
7. Proses Pikir
   a. Proses pikir (arus dan bentuk pikir).
      Otistik (autisme): bentuk pemikiran yang berupa fantasi atau lamunan untuk memuaskan keinginan untuk memuaskan keinginan yang tidak dapat dicapainya. Hidup dalam pikirannya sendiri, hanya memuaskan keinginannya tanpa peduli sekitarnya, menandakan ada distorsi arus asosiasi dalam diri klien yang dimanifestasikan dengan lamunan, fantasi, waham dan halusinasinya yang cenderung menyenangkan dirinya.
   b. Isi pikir.
      Pada klien dengan perilaku kekerasan klien memiliki pemikiran curiga, dan tidak percaya kepada orang lain dan merasa dirinya tidak aman.
8. Tingkat Kesadaran
   Tidak sadar, bingung, dan apatis. Terjadi disorientasi orang, tempat, dan waktu. Klien perilaku kekerasan tingkat kesadarannya bingung sendiri untuk menghadapi kenyataan dan mengalami kegelisahan.
9. Memori
   Klien dengan perilaku kekerasan masih dapat mengingat kejadian jangka pendek maupun panjang.
10. Tingkat konsentrasi
    Tingkat konsentrasi klien perilaku kekerasan mudah beralih dari satu objek ke objek lainnya. Klien selalu menatap penuh kecemasan tegang dan gelisahan.

11. Kemampuan Penilain/Pengambilan keputusan
    Klien perilaku kekerasan tidak mampu mengambil keputusan yang konstruktif dan adaptif.
12. Daya Tilik
    Mengingkari penyakit yang diderita: klien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu minta pertolongan/klien menyangkal keadaan penyakitnya. Menyalahkan hal-hal diluar dirinya yang menyebabkan timbulnya penyakit atau masalah sekarang.
13. Mekanisme Koping
    Klien dengan HDR menghadapi suatu permasalahan, apakah menggunakan cara-cara yang **adaptif** seperti bicara dengan orang lain, mampu menyelesaikan masalah, teknik relaksasi, aktivitas konstruktif, olah raga, dll ataukah menggunakan cara-cara yang **maladaptif** seperti minum alkohol, merokok, reaksi lambat/berlebihan, menghindar, mencederai diri atau lainnya.

f. Pohon masalah

g. Diagnosa keperawatan yang biasa muncul pada pasien dengan perilaku kekearasan, antara lain:

1. Resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan
2. Perilaku Kekerasan
3. Perubahan persepsi sensori: Halusinasi
4. Gangguan Harga Diri: Harga Diri Rendah
5. Koping Individu tidak efektif

h. Nursing care plan (NCP)

Perencanaan Keperawatan
Klien dengan Gangguan Perilaku Kekerasan

TUJUAN	KH	INTERVENSI
TUM**:** Klien tidak mencederai diri TUK: 1. Klien dapat membina hubungan saling percaya	1.1. Klien mau membalas salam 1.2. Klien mau menjabat tangan 1.3. Klien mau menyebutkan nama 1.4. Klien mau tersenyum 1.5. Klien mau kontak mata 1.6. Klien mau mengetahui nama perawat	1. Beri salam/panggil nama. a. Sebutkan nama perawat b. Jelaskan maksud hubungan interaksi c. Jelaskan akan kontrak yang akan dibuat d. Beri rasa aman dan sikap empati e. Lakukan kontak singkat tapi sering
2. Klien dapat mengidentifikasi menyebab perilaku kekerasan	2.1 Klien dapat mengungkapkan perasaannya. 2.2 Klien dapat mengungkapkan penyebab perasaan jengkel/kesal (dari diri sendiri)	2.1. Berikan kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya 2.2. Bantu klien untuk mengungkapkan penyebab perasaan jengkel/kesal
3. Klien dapat mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan	3.1. Klien dapat mengungkapkan perasaan jengkel/kesal 3.2. Klien dapat menyimpulkan tanda dan gejala jengkel/kesal yang dialaminya	3.1.1. Anjurkan klien mengungkapkan apa yang dialami dan dirasakan saat marah/jengkel 3.1.2. Observasi tanda dan gejala perilaku kekerasan pada klien 3.2.1. Simpulkan bersama klien tanda dan gejala jengkel/kesal yang akan dialami
4. Klien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang biasa dilakukan	4.1. Klien dapat mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan 4.2. Klien dapat bermain peran sesuai perilaku kekerasan yang biasa dilakukan 4.3. Klien dapat mengetahui cara yang biasa dilakukan untuk menyelesaikan masalah	4.1.1. Anjurkan klien untuk mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan klien (verbal, pada orang lain, pada lingkungan dan pada diri sendiri) 4.2.1. Bantu klien bermain peran sesuai dengan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan 4.3.1. Bicarakan dengan klien, apakah dengan cara yang klien lakukan masalahnya selesai

TUJUAN	KH	INTERVENSI
5. Klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan	5.1 Klien dapat menjelaskan akibat dari cara yang digunakan klien: a. Akibat pada klien sendiri b. Akibat pada orang lain c. Akibat pada lingkungan	5.1.1. Bicarakan akibat/kerugian dari cara yang digunakan klien 5.1.2. Bersama klien menyimpulkan akibat dari cara yang dilakukan klien 5.1.3 tanyakan kepeda klien " Apakah ia ingin mempelajari cara baru yang sehat".
6. Klien dapat mendemonstrasikan cara fisik untuk mencegah perilaku kekerasan	6.1. Klien dapat menyebutkan contoh pencegahan perilaku kekerasan secara fisik: a. Tarik nafas dalam b. Pukul kasur atau bantal c. Kegiatan fisik lain	6.1.1. Diskusikan kegiatan fisik yang biasa dilakukan klien 6.1.2. Beri pujian atas kegiatan fisik klien yang biasa dilakukan 6.1.3. Diskusikan dua cara fisik yang palingt mudah dilakukan untuk mencegah perilaku kekerasan, yaitu: tarik nafas dalam dan pukul kasur serta bantal.
	6.2. Klien dapat mengidentifikasikan cara fisik untuk mencegah perilaku kekerasan	6.2.1. Diskusikan cara melakukan nafas dalam bersama klien 6.2.2. Beri contoh klien tentang cara menarik nafas dalam 6.2.3. Minta klien mengikuiti contoh yang diberikan sebanyak 5 kali 6.2.4. Beri pujian positif atas kemampuan klien mendemonstrasikan cara menarik nafas dalam 6.2.5. Tanyakan perasaan klien setelah selesai 6.2.6. Anjurkan klien menggunakan cara yang telah dipelajari saat marah/jengkel 6.2.7. Lakukan hal yang sama dengan 6.2.1. sampai 6.2.6. untuk fisik lain dipertemuan yang lain.
	6.3. Klien mempunyai jadwal untuk melatih cara pencegahan fisik yang telah dipelajari sebelumnya.	6.3.1. Diskusikan dengan klien mengenai frekuensi latihan yang akan dilakukan sendiri oleh klien 6.3.2. Susun jadwal kegiatan untuk melatih cara yang telah dipelajari. 6.4.1. Klien mengevaluasi pelaksanaan latihan, cara pencegahan perilaku kekerasan yang telah dilakukan dengan mengisi jadwakl kegiatan harian (*self-evaluation)*
	6.4. Klien mengevaluasi kemampuan dalam melakukan cara fisik sesuai jadwal yang telah disusun	6.4.2. Validasi kemampuan klien dalam melaksanakan latihan 6.4.3. Berikan pujian atas keberhasilan klien

TUJUAN	KH	INTERVENSI
		6.4.4. Tanyakan kepada klien "apakah kegiatan cara pencegahan perilaku kekerasan dapat mengurangi perasaan marah".
7. Klien dapat mendemonstrasikan cara sosial untu mencegah perilaku kekerasan	7.1. Klien dapat menyebutkan cara bicara (verbal) yang baik dalam mencegah perilaku kekerasan. ▪ Meminta dengan baik ▪ Menolak dengan baik ▪ Mengungkapkan perasaan dengan baik.	7.1.1. Diskusikan cara bicara yang baik dengan klien 7.1.2. Beri contoh cara bicara yang baik: ▪ Meminta dengan baik ▪ Menolak dengan baik ▪ Mengungkapkan perasaan dengan baik
	7.2. Klien dapat mendemonstrasikan cara verbal yang baik	7.2.1. Meminta klien mengikuti contoh cara bicara yang baik. ▪ Meminta dengan baik "Saya minta uang untuk beli makan" ▪ Menolak dengan baik " Maaf, saya tidak bisa melakukan karena ada kegiatan lain". ▪ Mengungkapkan perasaan dengan baik " Saya kesal karena permintaan saya tidak dikabulkan" disertai dengan suara nada rendah. 7.2.2. Minta klien mengulang sendiri 7.2.3. Beri pujian atas keberhasilan klien.
	7.3. Klien mempunyai jadwal untuk melatih cara bicara yang baik	7.3.1. Diskusikan dengan klien tentang waktu dan kondisi cara bicara yang dapat dilatih di ruangan, misalnya: meminta obat, baju, dll; menolak ajakan merokok, tidur tidak tepat pada waktunya, menceritakan kekesalan pada perawat. 7.3.2. Susun jadwal kegiatan untuk melatih cara yang telah dipelajari.
	. 7.4. Klien melakukan evaluasi terhadap kemampuan cara bicara yang sessuai dengan jadwal yang telah disusun	7.4.1. Klien mengevaluasi pelaksanaan latihan cara bicra yang baik dengan mengisi jadwal kegiatan (*self-evaluation)*. 7.4.2. Validasi kemampuan klien dalam melaksankan latihan. 7.4.3. Berikan pujian atas keberhasilan klie

TUJUAN	KH	INTERVENSI
		7.4.4. Tanyakan kepeda klien " bagaimana perasaan imam setelah latihan bicara yang baik? Apakah keinginan merah berkurang?"..
8. Klien dapat mendemonstrasikan cara sosial untu mencegah perilaku kekerasan	8.1 Klien dapat menyebutkan cara bicara (verbal) yang baik dalam mencegah perilaku kekerasan. ▪ Meminta dengan baik ▪ Menolak dengan baik ▪ Mengungkapkan perasaan dengan baik. 8.2 klien dapat mendemonstrasikan cara verbal yang baik 8.5. Klien mempunyai jadwal untuk melatih cara bicara yang baik 8.6. Klien melakukan evaluasi terhadap kemampuan cara bicara yang sessuai dengan jadwal yang telah disusun	8.1.1 . Diskusikan dengan klien kegiatan ibadah yang pernah dilakukan. 8.1.2. Bantu klien menilai kegiatan ibadah yang dapat dilakukan di ruang perawat. 8.1.3. Bantu klien memilih kegiatan ibadah yang akan dilakukan 8.2.1. Minta klien mendemonstrasikan kegiatan ibadah yang dipilih. 8.2.2 Beri pujian atas keberhasilan klien. 8.2.3. Klien mengevaluasi pelksanaan kegiatan ibadah dengan mengisi jadwal kegiatan 8.3.1. Susun jadwal kegiatan untuk melatihb kegiatan ibadah. 8.4.1. Klien mengevaluasi pelaksanaan kegiatan ibadah dengan mengisi jadwal kegiatan harian 8.4.2. Validasi kemampuan klien dalam melakukan validasi 8.4.3. Berikan pujian atas keberhasilan klien 8.4.4 . Tanyakan kepeda klien " bagaimana perasaan imam setelah teratur melaksanakan ibadah? Apakah keinginan merah berkurang?".
9. Klien mendemonstrasiakan kepatuhan minum obat untuk mencegah perilaku kekerasan	9.1. Klien dapat menyebutkan jenis, dosis, dan waktu minum obat serta manfaat dari obat itu (prinsip 5 benar: benar orang, dosis, waktu dan cara pemberian)	9.1.1. Diskusikan dengan klien tentang jenis obat yang diminumnya (nama, warna, besarnya); waktu minum obat (jika 3 kali: pkl 07.00), 13.00, 19.00; cara minum obat) 9.1.2. Diskusikan dengan klien manfaat minum obat secara teratur: ▪ Beda perasaan sebelum minum obat dan sesudah minum obat. ▪ Jelaskan bahwa jenis obat hanya boleh diubah oleh dokter.

TUJUAN	KH	INTERVENSI
		▪ Jelaskan mengenai akibat minum obat yang tidak teratur, misalnya penyakitnya kambuh.
	9.2.Klien mendemonstrasikan kepatuhan minum obat sesuai jadwal yang ditetapkan.	9.2.1. Diskusikan tentang proses minum obat: ▪ Klien meninta kepada perawat (jika di RS) kepada keluarga (jika di Rumah). ▪ Klien memeriksa obat sesuai dosisnya. ▪ Klien meminum obat pada waktu yang tepat. 9.2.2. susun jadwal minum obat bersama klien.
	9.3. Klien mengevaluasi kemampuannya dalam mematuhi minum obat.	9.3.1. Klien mengevaluasi pelaksanaan minum obta dengan mengisi jadwal kegiatan harian 9.3.2. Validasi pelaksanaan minum obat klien 9.3.3. Beri pujian atas keberhasilan klien 9.3.4. Tanyakan kepada klien " bagaimana perasaan Imam dengan minum obat secara teratur? apakah keinginan untuk marah berkurang?".
10. Klien dapat mengikuti TAK: stimulasi persepsi pencegahan perilaku kekerasan	10.1. Klien yang mengikuti TAK: stimulasi persepsi pencegahan perilaku kekerasan	10.1.1. Anjurkan klien untuk ikut TAK: stimulasi persepsi pencegahan perilaku kekerasan. 10.1.2. Klien mengikuti TAK: stimulasi persepsi pencegahan perilaku kekerasan (kegiatan mandiri) 10.1.3. Diskusikan dengan klien tentang kegiatan selama TAK 10.1.4. Fasilitasi klien untuk mepraktikkan hasil kegiatan TAK dan beri pujian atas keberhasilannya.
	10.2. Klien mempunyai jadwal, klien melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan TAK.	10.2.1. Diskusiakn dengan klien tentang jadwal TAK 10.2.2. Masukkan jadwal TAK dalam jadwal kegiatan harian. 10.2.3. Beri pujian atas kemampuan mengikuti TAK. 10.2.4. Tanyakan klien: bagaimana perasan setelah ikut TAK?",

TUJUAN	KH	INTERVENSI
11. Klien mendapat dukungan keluarga dalam melakukan cara pencegahan perilaku kekerasan	11.1. Keluarga dapat mendemonstrasikan cara merawat klien	11.1.1. Identifikasi kemampuan keluarga dalam merawat klien sesuai dengan yang telah dilakukan keluarga terhadap klien selama ini 11.1.2. Jelaskan keuntungan peran serta keluarga dalam merawat klien. 11.1.3. Jelaskan cara-cara merawat klien. ▪ Terkait dengan cara mengontrol perilaku marah secra konstruktif. ▪ Sikap dan cara bicara. ▪ Membantu klien mengenal penyebab marah dan pelksanaan cara pencegahan perilaku kekerasan.

5. SP Strategi Pelaksanaan (SP) Berdasarkan Pertemuan

SP 1 Pasien:

1. Menyebutkan penyebab perilaku kekerasan.
2. Menyebutkan tanda dan gejala perilaku kekerasan.
3. Menyebutkan perilaku kekerasan yang dilakukan.
4. Menyebutkan akibat perilaku kekerasan.
5. Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan.
6. Mempraktikkan latihan cara mengontrol fisik 1.
7. Masuk jadwal kegiatan pasien

SP 2 Pasien:

1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1)
2. Mempraktikkan latihan cara mengontrol fisik 2 Latih verbal (3 macam)
3. Masuk jadwal kegiatan pasien

SP 3 Pasien:

1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1)
2. Mempraktikkan latihan cara verbal/sosial (3 macam)
3. Masuk jadwal kegiatan pasien

SP 4 Pasien:

1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1,2) dan verbal

2. Latih cara spiritual
3. Masuk jadwal kegiatan pasien

SP 5 Pasien:

1. Evaluasi kegiatan yang lalu (F1,2) ,verbal (SP 3), Spiritual
2. Latihan patuh obat
3. Masuk jadwal kegiatan pasien

SP 1 Keluarga:

1. Mengidentifikasi masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien
2. Menjelaskan PK, penyebab, tanda dan gejala
3. Menjelaskan Cara merawat PK
4. Latih (simulasi) 2 cara merawat
5. RTL keluarga/jadwal keluarga untuk merawat

SP 2 Keluarga:

1. Evaluasi SP 1
2. Latih (simulasi) 2 cara lain untuk merawat
3. Latih (langsung) ke pasien
4. RTL keluarga/jadwal keluarga untuk merawat

SP 3 Keluarga:

1. Evaluasi kemampuan keluarga (SP 1,2)
2. Evaluasi kemampuan pasien
    - RTL keluarga dengan *Follow Up* dan Rujukan

6. Implementasi

SP 1 Pasien: Membina hubungan saling percaya, identifikasi penyebab perasaan marah, tanda dan gejala yang dirasakan, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibatnya serta cara mengontrol secara fisik I

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK)

1. **Fase Prainteraksi**
   Kondisi: Pandangan mata klien tampak tajam, dan wajah tampak tegang.Klien tampak gelisah dan selalu mondar mandir diruang rawat. Saat marah klien selalu membanting barang–barang yang ada disekitarnya.
   Diagnosa Keperawatan: Perilaku Kekerasan
   Tujuan Khusus: TUK 1,2,3,4,5,6
   Intervensi: SP 1 Pasien

2. Fase Orientasi

" Selamat pagi pak, perkenalkan nama saya A K, panggil saya A, saya perawat yang dinas di ruangan soka in. Hari ini saya dinas pagi dari pk. 07.00-14.00. Saya yang akan merawat bapak selama bapak di rumah sakit ini. Nama bapak siapa, senangnya dipanggil apa?"

"Bagaimana perasaan bapak saat ini?, Masih ada perasaan kesal atau marah?"

"Baiklah kita akan berbincang-bincang sekarang tentang perasaan marah bapak"

"Berapa lama bapak mau kita berbincang-bincang?" Bagaimana kalau 10 menit?

"Dimana enaknya kita duduk untuk berbincang-bincang, pak? Bagaimana kalau di ruang tamu?".

3. Fase Kerja

"Apa yang menyebabkan bapak marah?, Apakah sebelumnya bapak pernah marah? Terus, penyebabnya apa? Samakah dengan yang sekarang?. O..iya, jadi ada 2 penyebab marah bapak"

"Pada saat penyebab marah itu ada, seperti bapak pulang ke rumah dan istri belum menyediakan makanan(misalnya ini penyebab marah pasien), apa yang bapak rasakan?" (tunggu respons pasien)

"Apakah bapak merasakan kesal kemudian dada bapak berdebar-debar, mata melotot, rahang terkatup rapat, dan tangan mengepal?"

"Setelah itu apa yang bapak lakukan? O..iya, jadi bapak memukul istri bapak dan memecahkan piring, apakah dengan cara ini makanan terhidang? Iya, tentu tidak. Apa kerugian cara yang bapak lakukan? Betul, istri jadi sakit dan takut, piring-piring pecah. Menurut bapak adakah cara lain yang lebih baik? Maukah bapak belajar cara mengungkapkan kemarahan dengan baik tanpa menimbulkan kerugian?"

"Ada beberapa cara untuk mengontrol kemarahan, pak. Salah satunya adalah dengan cara fisik. Jadi melalui kegiatan fisik disalurkan rasa marah."

"Ada beberapa cara, bagaimana kalau kita belajar satu cara dulu?"

"Begini pak, kalau tanda-tanda marah tadi sudah bapak rasakan maka bapak berdiri, lalu tarik napas dari hidung, tahan sebentar, lalu keluarkan/tiupu perlahan –lahan melalui mulut seperti mengeluarkan kemarahan. Ayo coba lagi, tarik dari hidung, bagus.., tahan, dan tiup melalui mulut. Nah, lakukan 5 kali. Bagus sekali, bapak sudah bisa melakukannya. Bagaimana perasaannya?"

"Nah, sebaiknya latihan ini bapak lakukan secara rutin, sehingga bila sewaktu-waktu rasa marah itu muncul bapak sudah terbiasa melakukannya".

4. Fase terminasi

"Bagaimana perasaan bapak setelah berbincang-bincang tentang kemarahan bapak?"

"Iya jadi ada 2 penyebab bapak marah ..... (sebutkan) dan yang bapak rasakan ..... (sebutkan) dan yang bapak lakukan ..... (sebutkan) serta akibatnya ..... (sebutkan)

"Coba selama saya tidak ada, ingat-ingat lagi penyebab marah bapak yang lalu, apa yang bapak lakukan kalau marah yang belum kita bahas dan jangan lupa latihan napas dalamnya ya pak. 'Sekarang kita buat jadual latihannya ya pak, berapa kali sehari bapak mau latihan napas dalam?, jam berapa saja pak?"

"Baik, bagaimana kalau 2 jam lagi saya datang dan kita latihan cara yang lain untuk mencegah/ mengontrol marah. Tempatnya disini saja ya pak, " Selamat pagi"

SP 2 Pasien: Latihan mengontrol perilaku kekerasan secara fisik ke-2

a. Evaluasi latihan nafas dalam
b. Latih cara fisik ke-2: pukul kasur dan bantal
c. Susun jadwal kegiatan harian cara kedua

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK)

1. Fase Prainteraksi

Kondisi: Klien menyebutkan penyebab marahnya karena keinginan tidak terpenuhi dan dilecehkan. Klien kalau marah membanting barang-barang didekatnya. Klien bercerita dengan suara keras dan bersemangat. Pandangan mata klien tampak tajam, dan wajah tampak tegang.

Diagnosa Keperawatan: Perilaku Kekerasan

Tujuan Khusus: TUK 6

Intervensi: SP 2 Pasien

2. Fase Orientasi

" Selamat pagi pak, sesuai dengan janji saya dua jam yang lalu sekarang saya datang lagi"

"Bagaimana perasaan bapak saat ini, adakah hal yang menyebabkan bapak marah?"

"Baik, sekarang kita akan belajar cara mengontrol perasaan marah dengan kegiatan fisik untuk cara yang kedua"

"Mau berapa lama? Bagaimana kalau 20 menit?"

Dimana kita bicara?Bagaimana kalau di ruang tamu?".

3. Fase Kerja

"Kalau ada yang menyebabkan bapak marah dan muncul perasaan kesal, berdebar-debar, mata melotot, selain napas dalam bapak dapat melakukan pukul kasur dan bantal".

"Sekarang mari kita latihan memukul kasur dan bantal. Mana kamar bapak? Jadi kalau nanti bapak kesal dan ingin marah, langsung ke kamar dan lampiaskan kemarahan tersebut dengan memukul kasur dan bantal. Nah, coba bapak lakukan, pukul kasur dan bantal. Ya, bagus sekali bapak melakukannya".

"Kekesalan lampiaskan ke kasur atau bantal."

"Nah cara inipun dapat dilakukan secara rutin jika ada perasaan marah. Kemudian jangan lupa merapikan tempat tidurnya.

4. Fase Terminasi

"Bagaimana perasaan bapak setelah latihan cara menyalurkan marah tadi?"

"Ada berapa cara yang sudah kita latih, coba bapak sebutkan lagi?Bagus!"

"Mari kita masukkan kedalam jadual kegiatan sehari-hari bapak. Pukul kasur bantal mau jam berapa? Bagaimana kalau setiap bangun tidur? Baik, jadi jam 05.00 pagi. dan jam jam 15.00 sore. Lalu kalau ada keinginan marah sewaktu-waktu gunakan kedua cara tadi ya pak. Sekarang kita buat jadwalnya ya pak, mau berapa kali sehari bapak latihan memukul kasur dan bantal serta tarik nafas dalam ini?"

"Besok pagi kita ketemu lagi kita akan latihan cara mengontrol marah dengan belajar bicara yang baik. Mau jam berapa pak? Baik, jam 10 pagi ya. Sampai jumpa"

SP 3 Pasien: Latihan mengontrol perilaku kekerasan secara sosial/verbal:

a. Evaluasi jadwal harian untuk dua cara fisik
b. Latihan mengungkapkan rasa marah secara verbal: menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik.
c. Susun jadwal latihan mengungkapkan marah verbal secara

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK)

1. Fase Prainteraksi

Kondisi: Klien sudah berlatih cara menyalurkan marah dengan memukul kasur atau bantal. Suara klien masih keras, pandangan mata tajam dan terlihat tegang.

Diagnosa Kep: Perilaku kekerasan

Tujuan Khusus: TUK 7

Intervensi: SP 3 pasien

2. Fase Orientasi

"Selamat pagi pak, sesuai dengan janji saya kemarin sekarang kita ketemu lagi "

"Bagaimana pak, sudah dilakukan latihan tarik napas dalam dan pukul kasur bantal?, apa yang dirasakan setelah melakukan latihan secara teratur?"

"Coba saya lihat jadwal kegiatan hariannya."

"Bagus .. Nah kalau tarik nafas dalamnya dilakukan sendiri tulis M yang artinya mandiri, kalau diingatkan suster baru ditulis B ya, yang artinya dibantu atau diingatkan. Nah kalau tidak dilakukan tulis T, artinya belum bisa melakukan.

Bagaimana kalau sekarang kita latihan cara bicara untuk mencegah marah?"

"Dimana enaknya kita berbincang-bincang?Bagaimana kalau di tempat yang sama?"

"Berapa lama bapak mau kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau 15 menit?"

3. Fase Kerja

"Sekarang kita latihan cara bicara yang baik untuk mencegah marah. Kalau marah sudah dusalurkan melalui tarik nafas dalam atau pukul kasur dan bantal, dan sudah lega, maka kita perlu bicara dengan orang yang membuat kita marah. Ada tiga caranya pak:

a) Meminta dengan baik tanpa marah dengan nada suara yang rendah serta tidak menggunakan kata-kata kasar. Kemarin Bapak bilang penyebab marahnya larena minta uang sama isteri tidak diberi. Coba Bapat minta uang dengan baik:"Bu, saya perlu uang untuk membeli rokok." Nanti bisa dicoba di sini untuk meminta baju, minta obat dan lain-lain. Coba bapak praktekkan.

3. Menolak dengan baik, jika ada yang menyuruh dan bapak tidak ingin melakukannya, katakan: 'Maaf saya tidak bisa melakukannya karena sedang ada kerjaan'. Coba bapak praktekkan. Bagus pak"

4. Mengungkapkan perasaan kesal, jika ada perlakuan orang lain yang membuat kesal bapak dapat mengatakan:' Saya jadi ingin marah karena perkataanmu itu'. Coba praktekkan. Bagus"

4. Fase Terminasi

"Bagaimana perasaan bapak setelah kita bercakap-cakap tentang cara mengontrol marah dengan bicara yang baik?""Coba bapak sebutkan lagi cara bicara yang baik yang telah kita pelajari"

"Bagus sekali, sekarang mari kita masukkan dalam jadual. Berapa kali sehari bapak mau latihan bicara yang baik?, bisa kita buat jadwalnya?"

Coba masukkan dalam jadual latihan sehari-hari, misalnya meminta obat, uang, dll. Bagus nanti dicoba ya Pak!"

"Bagaimana kalau dua jam lagi kita ketemu lagi?"

"Nanti kita akan membicarakan cara lain untuk mengatasi rasa marah bapak yaitu dengan cara ibadah, bapak setuju? Mau di mana Pak? Di sini lagi? Baik sampai nanti ya".

SP 4 Pasien: Latihan mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual

a. Diskusikan hasil latihan mengontrol perilaku kekerasan secara fisik dan sosial/verbal
b. Latihan sholat/berdoa

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK)

1. **Fase Pra Interaksi**
   Kondisi: Klien sudah berlatih mengungkapkan marah dengan menolak yang baik, meminta dengan baik dan mengungkapkan perasaan dengan baik. Wajah sudah tidak tegang lagi tetapi suara masih keras.

   Diagnosa Kep: Perilaku kekerasan

   Tujuan khusus: TUK 8

   Intervensi: SP 4 Pasien

2. **Fase orientasi**
   "Selamat pagi pak, sesuai dengan janji saya dua jam yang lalu sekarang saya datang lagi" Baik, yang mana yang mau dicoba?"

   "Bagaimana pak, latihan apa yang sudah dilakukan?Apa yang dirasakan setelah melakukan latihan secara teratur? Bagus sekali, bagaimana rasa marahnya"

   "Bagaimana kalau sekarang kita latihan cara lain untuk mencegah rasa marah yaitu dengan ibadah?"

   "Dimana enaknya kita berbincang-bincang?Bagaimana kalau di tempat tadi?"

   "Berapa lama bapak mau kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau 15 menit?.

3. **Fase Kerja**
   "Coba ceritakan kegiatan ibadah yang biasa Bapak lakukan! Bagus. Baik, yang mana mau dicoba?

   "Nah, kalau bapak sedang marah coba bapak langsung duduk dan tarik napas dalam. Jika tidak reda juga marahnya rebahkan badan agar rileks. Jika tidak reda juga, ambil air wudhu kemudian sholat".

   "Bapak bisa melakukan sholat secara teratur untuk meredakan kemarahan."

   "Coba Bpk sebutkan sholat 5 waktu? Bagus. Mau coba yang mana?Coba sebutkan caranya (untuk yang muslim)."

4. **Fase Terminasi**
   Bagaimana perasaan bapak setelah kita bercakap-cakap tentang cara yang ketiga"

   "Jadi sudah berapa cara mengontrol marah yang kita pelajari? Bagus".

"Mari kita masukkan kegiatan ibadah pada jadual kegiatan bapak. Mau berapa kali bapak sholat. Baik kita masukkan sholat ..... dan ..... (sesuai kesepakatan pasien)

"Coba bapak sebutkan lagi cara ibadah yang dapat bapak lakukan bila bapak merasa marah"

"Setelah ini coba bapak lakukan jadual sholat sesuai jadual yang telah kita buat

"Besok kita ketemu lagi ya pak, nanti kita bicarakan cara keempat mengontrol rasa marah, yaitu dengan patuh minum obat.. Mau jam berapa pak? Seperti sekarang saja, jam 10 ya?"

"Nanti kita akan membicarakan cara penggunaan obat yang benar untuk mengontrol rasa marah bapak, setuju pak?"

SP 5 Pasien: Latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan obat

a. Evaluasi jadwal kegiatan harian pasien untuk cara mencegah marah yang sudah dilatih.
b. Latih pasien minum obat secara teratur dengan prinsip lima benar (benar nama pasien, benar nama obat, benar cara minum obat, benar waktu minum obat, dan benar dosis obat) disertai penjelasan guna obat dan akibat berhenti minum obat.
c. Susun jadual minum obat secara teratur

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK)

1. Fase Pra Interaksi

Kondisi: Klien sudah berlatih mengendalikan marah dengan tarik nafas dalam, mengambil air wudhu dan sholat.
Diagnosa keperawatan: Perilaku kekerasan
Tujuan Khusus: TUK 9
Intervensi: SP 5 pasien

2. Fase Orientasi

"" Selamat pagi pak, sesuai dengan janji saya kemarin hari ini kita ketemu lagi"
"Bagaimana pak, sudah dilakukan latihan tarik napas dalam, pukul kasur bantal, bicara yang baik serta sholat?, apa yang dirasakan setelah melakukan latihan secara teratur?. Coba kita lihat cek kegiatannya".
"Bagaimana kalau sekarang kita bicara dan latihan tentang cara minum obat yang benar untuk mengontrol rasa marah?"
"Dimana enaknya kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau di tempat kemarin?"
"Berapa lama bapak mau kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau 15 menit"

3. Fase Kerja (perawat membawa obat pasien)

"Bapak sudah dapat obat dari dokter?"
Berapa macam obat yang Bapak minum? Warnanya apa saja? Bagus! Jam berapa Bapak minum? Bagus!
"Obatnya ada tiga macam pak, yang warnanya oranye namanya CPZ gunanya agar pikiran tenang, yang putih ini namanya THP agar rileks dan tegang, dan yang merah jambu ini namanya HLP agar pikiran teratur dan rasa marah berkurang. Semuanya ini harus bapak minum 3 kali sehari jam 7 pagi, jam 1 sian g, dan jam 7 malam".
"Bila nanti setelah minum obat mulut bapak terasa kering, untuk membantu mengatasinya bapak bisa mengisap-isap es batu".
"Bila terasa mata berkunang-kunang, bapak sebaiknya istirahat dan jangan beraktivitas dulu"

"Nanti di rumah sebelum minum obat ini bapak lihat dulu label di kotak obat apakah benar nama bapak tertulis disitu, berapa dosis yang harus diminum, jam berapa saja harus diminum. Baca juga apakah nama obatnya sudah benar? Di sini minta obatnya pada suster kemudian cek lagi apakah benar obatnya!"
"Jangan pernah menghentikan minum obat sebelum berkonsultasi dengan dokter ya pak, karena dapat terjadi kekambuhan."
"Sekarang kita masukkan waktu minum obatnya kedalam jadual ya pak."

4. Fase terminasi

"Bagaimana perasaan bapak setelah kita bercakap-cakap tentang cara minum obat yang benar?"
"Coba bapak sebutkan lagijenis obat yang Bapak minum! Bagaimana cara minum obat yang benar?"
"Nah, sudah berapa cara mengontrol perasaan marah yang kita pelajari?. Sekarang kita tambahkan jadual kegiatannya dengan minum obat. Jangan lupa laksanakan semua dengan teratur ya".
"Baik, Besok kita ketemu kembali untuk melihat sejauhma ana bapak melaksanakan kegiatan dan sejauhmana dapat mencegah rasa marah. Sampai jumpa".

1. Tindakan keperawatan untuk keluarga

a. Tujuan
Keluarga dapat merawat pasien di rumah

b. Tindakan
1) Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien
2) Diskusikan bersama keluarga tentang perilaku kekerasan (penyebab, tanda dan gejala, perilaku yang muncul dan akibat dari perilaku tersebut)
3) Diskusikan bersama keluarga kondisi-kondisi pasien yang perlu segera dilaporkan kepada perawat, seperti melempar atau memukul benda/orang lain

2. Latih keluarga merawat pasien dengan perilaku kekerasan

a) Anjurkan keluarga untuk memotivasi pasien dan pujian dalam melakukan tindakan yang telah diajarkan oleh perawat
b) Diskusikan bersama keluarga tindakan yang harus dilakukan bila pasien menunjukkan gejala-gejala perilaku kekerasan

SP 1 Keluarga: Memberikan penyuluhan kepada keluarga tentang cara merawat klien perilaku kekerasan di rumah

1) Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien
2) Diskusikan bersama keluarga tentang perilaku kekerasan (penyebab, tanda dan gejala, perilaku yang muncul dan akibat dari perilaku tersebut)
3) Diskusikan bersama keluarga kondisi-kondisi pasien yang perlu segera dilaporkan kepada perawat, seperti melempar atau memukul benda/orang lain

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK)

1. **Fase Pra Interaksi**
   Kondisi: Klien sudah berlatih mengendalikan marah dengan tarik nafas dalam, berbicara yang baik, mengambil air wudhu dan sholat .Klien sudah tidak marah lagi diruangan. Keluarga mengunjungi klien dan terlihat ketakutan waktu bertemu dengan klien.

   Diagnosa keperawatan: Perilaku kekerasan

   Tujuan khusus: TUK 10

   Intervensi: SP 1 Keluarga

2. **Fase Orientasi**
   " Selamat pagi bu, perkenalkan nama saya A K, saya perawat dari ruang Soka ini, saya yang akan merawat bapak (pasien). Nama ibu siapa, senangnya dipanggil apa?"

   "Bisa kita berbincang-bincang sekarang tentang masalah yang Ibu hadapi?"

   "Berapa lama ibu kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau 30 menit?"

   "Dimana enaknya kita berbincang-bincang, Bu? Bagaimana kalau di kantor Perawat?"

3. **Fase Kerja**
   "Bu, apa masalah yang Ibu hadapi/dalam merawat Bapak? Apa yang Ibu lakukan? Baik Bu, Saya akan coba jelaskantentang marah Bapak dan hal-hal yang perlu diperhatikan."

   "Bu, marah adalah suatu perasaan yang wajar tapi bisa tidak disalurkan dengan benar akan membahayakan dirinya sendiri, orang lain dan lingkungan.

   "Yang menyebabkan suami ibu marah dan ngamuk adalah kalau dia merasa direndahkan, keinginan tidak terpenuhi. Kalau Bapak apa penyebabnya Bu?"

   "Kalau nanti wajah suami ibu tampak tegang dan merah, lalu kelihatan gelisah, itu artinya suami ibu sedang marah, dan biasanya setelah itu ia akan melampiaskannya dengan membanting-banting perabot rumah tangga atau memukul atau bicara kasar? Kalau apa perubahan terjadi? Lalu apa yang biasa dia lakukan?""

   "Bila hal tersebut terjadi sebaiknya ibu tetap tenang, bicara lembut tapi tegas, jangan lupa jaga jarak dan jauhkan benda-benda tajam dari sekitar bapak seperti gelas, pisau. Jauhkan juga anak-anak kecil dari bapak."

   "Bila bapak masih marah dan ngamuk segera bawa ke puskesmas atau RSJ setelah sebelumnya diikat dulu (ajarkan caranya pada keluarga). Jangan lupa minta bantuan orang lain saat mengikat bapak ya bu, lakukan dengan tidak menyakiti bapak dan dijelaskan alasan mengikat yaitu agar bapak tidak mencedari diri sendiri, orang lain dan lingkungan"

   "Nah bu, ibu sudah lihat khan apa yang saya ajarkan kepada bapak bila tanda-tanda kemarahan itu muncul. Ibu bisa bantu bapak dengan cara mengingatkan jadual latihan cara mengontrol marah yang sudah dibuat yaitu secara fisik, verbal, spiritual dan obat teratur".

   "Kalau bapak bisa melakukan latihannya dengan baik jangan lupa dipuji ya bu".

4. **Fase Terminasi**
   "Bagaimana perasaan ibu setelah kita bercakap-cakap tentang cara merawat bapak?"

   "Coba ibu sebutkan lagi cara merawat bapak"

   "Setelah ini coba ibu ingatkan jadual yang telah dibuat untuk bapak ya bu"

   "Bagaimana kalau kita ketemu 2 hari lagi untuk latihan cara-cara yang telah kita bicarakan tadi langsung kepada bapak?"

   "Tempatnya disini saja lagi ya bu?"

SP 2 Keluarga: Melatih keluarga melakukan cara-cara mengontrol kemarahan

a) Evaluasi pengetahuan keluarga tentang marah
b) Anjurkan keluarga untuk memotivasi pasien melakukan tindakan yang telah diajarkan oleh perawat
c) Ajarkan keluarga untuk memberikan pujian kepada pasien bila pasien dapat melakukan kegiatan tersebut secara tepat
d) Diskusikan bersama keluarga tindakan yang harus dilakukan bila pasien menunjukkan gejala-gejala perilaku kekerasan

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK)

1. Fase Pra Interaksi

Kondisi: Keluarga sudah mendapatkan penjelasan tentang kondisi klien dan cara merawatnya dirumah

Diagnosa keperawatan: Perilaku kekerasan

Tujuan khusus: TUK 10

Intervensi: SP 2 Keluarga

2. Fase Orientasi

"Selamat pagi bu, sesuai dengan janji kita 2 hari yang lalu sekarang kita ketemu lagi untuk latihan cara-cara mengontrol rasa marah bapak."

"Bagaimana Bu? Masih ingat diskusi kita yang lalu? Ada yang mau Ibu tanyakan?"

"Berapa lama ibu mau kita latihan?"

"Bagaimana kalau kita latihan disini saja?, sebentar saya panggilkan bapak supaya bisa berlatih bersama"

3. Fase Kerja

"Nah pak, coba ceritakan kepada Ibu, latihan yang sudah Bapak lakukan. Bagus sekali. Coba perlihatkan kepada Ibu jadwal harian Bapak! Bagus!"

"Nanti di rumah ibu bisa membantu bapak latihan mengontrol kemarahan Bapak."

"Sekarang kita akan coba latihan bersama-sama ya pak?"

"Masih ingat pak, bu kalau tanda-tanda marah sudah bapak rasakan maka yang harus dilakukan bapak adalah.....?"

"Ya.. betul, bapak berdiri, lalu tarik napas dari hidung, tahan sebentar lalu keluarkan/tiup perlahan –lahan melalui mulut seperti mengeluarkan kemarahan. Ayo coba lagi, tarik dari hidung, bagus.., tahan, dan tiup melalui mulut. Nah, lakukan 5 kali, coba ibu temani dan bantu bapak menghitung latihan ini sampai 5 kali".

"Bagus sekali, bapak dan ibu sudah bisa melakukannya dengan baik".

"Cara yang kedua masih ingat pak, bu?"

" Ya..benar, kalau ada yang menyebabkan bapak marah dan muncul_perasaan kesal, berdebar-debar, mata melotot, selain napas dalam bapak dapat melakukan pukul kasur dan bantal".

"Sekarang coba kita latihan memukul kasur dan bantal. Mana kamar bapak? Jadi kalau nanti bapak kesal dan ingin marah, langsung ke kamar dan lampiaskan kemarahan tersebut dengan memukul kasur dan bantal.

Nah, coba bapak lakukan sambil didampingi ibu, berikan bapak semangat ya bu. Ya, bagus sekali bapak melakukannya".

"Cara yang ketiga adalah bicara yang baik bila sedang marah. Ada tiga caranya pak, coba praktekkan langsung kepada ibu cara bicara ini:

1. Meminta dengan baik tanpa marah dengan nada suara yang rendah serta tidak menggunakan kata-kata kasar, misalnya: 'Bu, Saya perlu uang untuk beli rokok! Coba bapak praktekkan. Bagus pak".
2. Menolak dengan baik, jika ada yang menyuruh dan bapak tidak ingin melakukannya, katakan: 'Maaf saya tidak bisa melakukannya karena sedang ada kerjaan'. Coba bapak praktekkan. Bagus pak"
3. Mengungkapkan perasaan kesal, jika ada perlakuan orang lain yang membuat kesal bapak dapat mengatakan:' Saya jadi ingin marah karena perkataanmu itu'. Coba praktekkan. Bagus"

"Cara berikutnya adalah kalau bapak sedang marah apa yang harus dilakukan?"

"Baik sekali, bapak coba langsung duduk dan tarik napas dalam. Jika tidak reda juga marahnya rebahkan badan agar rileks. Jika tidak reda juga, ambil air wudhu kemudian sholat".

"Bapak bisa melakukan sholat secara teratur dengan didampingi ibu untuk meredakan kemarahan".

"Cara terakhir adalah minum obat teratur ya pak, bu agar pikiran bapak jadi tenang, tidurnya juga tenang, tidak ada rasa marah"

"Bapak coba jelaskan berapa macam obatnya! Bagus. Jam berapa minum obat? Bagus. Apa guna obat? Bagus. Apakah boleh mengurangi atau menghentikan obat? Wah bagus sekali!"

"Dua hari yang lalu sudah saya jelaskan terapi pengobatan yang bapak dapatkan, ibu tolong selama di rumah ingatkan bapak untuk meminumnya secara teratur dan jangan dihentikan tanpa sepengetahuan dokter"

4. Fase Terminasi

"Baiklah bu, latihan kita sudah selesai. Bagaimana perasaan ibu setelah kita latihan cara-cara mengontrol marah langsung kepada bapak?"

"Bisa ibu sebutkan lagi ada berapa cara mengontrol marah?"

"Selanjutnya tolong pantau dan motivasi Bapak melaksanakan jadwal latihan yang telah dibuat selama di rumah nanti. Jangan lupa berikan pujian untuk Bapak bila dapat melakukan dengan benar ya Bu!"

" Karena Bapak sebentar lagi sudah mau pulang bagaimana kalau 2 hari lagi Ibu bertemu saya untuk membicarakan jadwal aktivitas Bapak selama di rumah nanti."

"Jam 10 seperti hari ini ya Bu. Di ruang ini juga.".

SP 3 Keluarga: Membuat perencanaan pulang bersama keluarga

a. Buat perencanaan pulang bersama keluarga
b. Ajarkan keluarga untuk memberikan pujian kepada pasien bila pasien dapt melakukan kegiatan tersebut secara tepat
c. Diskusikan bersama keluarga tindakan yang harus dilakukan bila pasien menunjukkan gejala-gejala perilaku kekerasan

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK)

1. **Fase Pra Interaksi**
   Kondisi: Keluarga sudah mengerti cara merawat klien dirumah dan sudah dilatih langsung ke klien cara marah yang sehat. Klien sudah terlihat tenang dan tidak tegang lagi.
   Diagnosa keperawatan: Perilaku kekerasan
   Tujuan khusus: TUK 10
   Intervensi: SP 3 Keluarga

2. **Fase Orientasi**
   "Selamat pagi pak, bu, karena besok Bp sudah boleh pulang, maka sesuai janji kita sekarang ketemu untuk membicarakan jadual Bp selama dirumah"
   "Bagaimana pak, bu, selama ibu membesuk apakah sudah terus dilatih cara merawat Bp? Apakah sudah dipuji keberhasilannya?"
   "Nah sekarang bagaimana kalau bicarakan jadual di rumah, disini saja?"
   "Berapa lama bapak dan ibu mau kita berbicara? Bagaimana kalau 30 menit?"

3. **Fase Kerja**
   "Pak, bu, jadual yang telah dibuat selama B di rumah sakit tolong dilanjutkan dirumah, baik jadual aktivitas maupun jadual minum obatnya. Mari kita lihat jadwal Bapak!"
   "Hal-hal yang perlu diperhatikan lebih lanjut adalah perilaku yang ditampilkan oleh bapak selama di rumah. Kalau misalnya Bp menolak minum obat atau memperlihatkan perilaku membahayakan orang lain. Jika hal ini terjadi segera hubungi Suster E di Puskesmas …, puskesmas terdekat dari rumah ibu dan bapak, ini nomor telepon puskesmasnya: (0321) 554xxx. "Jika tidak teratasi Sr E akan merujuknya ke BPKJ."
   "Selanjutnya suster E yang akan membantu memantau perkembangan B selama di rumah"

4. **Fase Terminasi**
   " Bagaimana Bu? Ada yang ingin ditanyakan? Coba Ibu sebutkan apa saja yang perlu diperhatikan (jadwal kegiatan, tanda atau gejala, follow up ke Puskesmas). Baiklah, silakan menyelesaikan administrasi!""Saya akan persiapkan pakaian dan obat."

7. Evaluasi

PENILAIAN KEMAMPUAN PASIEN DAN KELUARGA
DENGAN MASALAH PERILAKU KEKERASAN

Nama pasien : .....
Nama ruangan : .....
Nama perawat : .....

Petunjuk pengisian:
1. Berilah tanda (V) jika pasien dan keluarga mampu melakukan kemampuan di bawah ini.
2. Tuliskan tanggal setiap dilakukan penilaian

No	Kemampuan	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl
A	**Pasien**							
	Sp 1							
1	Menyebutkan penyebab PK							
2	Menyebutkan tanda dan gejala PK							
3	Menyebutkan PK yang dilakukan							
4	Menyebutkan akibat PK							
5	Menyebutkan cara mengontrol PK							
6	Mempraktekkan latihan cara mengontrol fisik I							
	SP2							
7	Mempraktekkan latihan cara fisik II dan memasukkan dalam jadual							
	SP3							
8	Mempraktekkan latihan cara verbal dan memasukkan dalam jadual							
	SP 4							
9	Mempraktekkan latihan cara spiritual dan memasukkan dalam jadual							
	SP 5							
10	Mempraktekkan latihan cara minum obat dan memasukkan dalam jadual							
B	**Keluarga**							
	SP 1							
1	Menyebutkan pengertian PK dan proses terjadinya masalah PK							
2	Menyebutkan cara merawat pasien dengan PK							
	SP2							
3	Mempraktekkan cara merawat pasien dengan PK							
	SP3							
4	Membuat jadual aktivitas dan minum obat klien di rumah (*discharge planning*)							

8. Dokumentasi

Berikut adalah contoh format pengkajian dari diagnosa keperawatan perilaku kekerasan. Format pengkajian lengkap dapat dilihat di modul 7

Latihan

Dokumentasikan pengkajian dan diagnosa keperawatan pasien waham dengan menggunakan format yang tersedia

	Pelaku/Usia	Korban/Usia	Saksi/Usia
1. Aniaya fisik	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]
2. Aniaya seksual	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]
3. Penolakan	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]
4. Kekerasan dalam keluarga	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]
5. Tindakan kriminal	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]

Berikan tanda (v) pada kolom yang sesuai dengan data pada pasien

6. Aktivitas motorik

[ ] Lesu [ ] Tegang [ ] Gelisah [ ] Agitasi

[ ] Tik [ ] Grimasen [ ] Tremor [ ] Kompulsif

Berikan tanda (v) pada kolom yang sesuai dengan data pada pasien

7. Interaksi selama wawancara

[ ] Bermusuhan [ ] Tidak kooperatif [ ] Mudah tersinggung

[ ] Kontak mata [ ] Defensif [ ] Curiga Kurang

Berikan tanda (v) pada kolom yang sesuai dengan data pada pasien

B. Terapi Modalitas yang Cocok pada Kasus Perilaku Kekerasan

1. Terapi Individu

Dengan terapi individu ini diharapkan dapat terbina hubungan terstruktur antara klien dengan perawat. Terapi ini dilakukan dengan menjalin hubungan yang terstruktur yang terjalin antara perawat dan klien untuk mengubah perilaku klien. Karena, dengan terapi individu ini diharapkan tujuan-tujuan dalam melakukan tindakan keperawatan pada klien dapat sesuai dengan TUK 1 Klien dapat membina hubungan saling percaya sehingga, tujuan tujuan yang lain juga dengan mudah dicapai oleh perawat untuk klien. Disamping itu terapi individu juga untuk mengembangkan pengetahuan tentang diri hal ini juga sesuai dengan TUK 2 Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, TUK 3 Klien dapat

mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan dan didorong melakukan perubahan perilaku yang disfungsional. Dengan cara menggunakan pendekatan terapeautik untuk menumbuhkan rasa percaya klien, dan klien bisa mengungkapkan masalahnya tentang apa yang didengar untuk melakukan perilaku yang adaptive.

2. Terapi Perilaku

Terapi perilaku juga mampu diterapkan beberapa kasus di atas dengan beberapa teknik dasar yang terdapat dalam terapi tersebut yaitu:

a) Role Model: memberi contoh perilaku adaptif ketika munculnya stressor yang di anggap klien sebagai ancaman dan mempraktikkan dan meniru beberapa perilaku adaptif. Hal ini sesuai dengan TUK 4 Klien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang biasa dilakukan dan TUK 6 Klien dapat mendemonstrasikan cara fisik untuk mencegah perilaku kekerasan.
b) Kondisioning Operan: perawat memberi penghargaan kepada klien atas perubahan perilaku yang positif (diharapkan perilaku dapat dipertahankan dan ditigkatkan).
c) Pengendalian diri: dilatih belajar mengubah kata-kata negative agar dapat mengendalikan diri. Klien bisa menurunkan tingkat stress. Sesuai dengan TUK 7 Klien dapat mendemonstrasikan cara social. Dalam TUK ini pasien diajarkan cara berbicara yang baik missal: meminta dengan baik, menolak dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik.
d) Terapi aversi: perilaku abnormal dirusak dengan memberikan pengalaman ketidaknyamanan agar klien belajar tidak mengulangi perilaku demi menghindar konsekuensi negative perilaku yang telah ditimbulkan. Dalam terapi ini juga sesuai dengan TUK 5 Klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan. Dalam TUK ini klien dijelaskan dan diberi pengalaman tentang akibat dari cara yang digunakan klien seperti akibat pada klien sendiri, akibat pada orang lain, dan aibat pada lingkungan.

3. Terapi Kognitif

Teknik kognitif. Dasar pikiran teknik kognitif adalah bahwa proses kognitif sangat berpengaruh terhadap perilaku yang ditampakan oleh individu. Burns (1988) mengungkapkan bahwa perasaan individu sering dipengaruhi oleh apa yang dipikirkan individu mengenai dirinya sendiri. Pikiran individu tersebut belum tentu merupakan suatu pemikiran yang objektif mengenai keadaan yang dialami sebenarnya. Penyimpangan proses kognitif oleh Burns (1988) juga disebut dengan distorsi kognitif. Pemikiran Burns merupakan pengembangan dari pendapat Goldfried dan Davison (1976) yang menyatakan bahwa reaksi emosional tidak menyenangkan yang dialami individu dapat digunakan sebagai tanda bahwa apa yang dipikirkan mengenai dirinya sendiri mungkin tidak rasional, untuk selanjutnya individu belajar membangun pikiran yang objektif dan rasional terhadap peristiwa yang dialami. Sehingga dengan terapi kognitif diharapkan klien mampu mengidentfikasikan secara tepat dan berpikiran postif terhadap drinya sendiri.

4. Terapi Spiritual

Spiritual merupakan kebangkitan atau pencerahan diri dalam mencapai makna hidup dan tujuan hidupuntuk memenuhi kebutuhan fisik, emosi, intelektual, sosial dan spiritual baik klien ataupun keluarga namun mempunyai ikatan lebih kepada hal yang bersifat kerohanian atau kejiwaan dibandingkan hal yang bersifat fisik atau material. Hal ini sesuai dengan TUK 8 Klien mendemonstrasikan cara spiritual untuk mencegah perilaku kekerasan. Ada beberapa hal yang diharapkan dapat dilakukan oleh klien setelah dilakukan terapi spiritual diantaranya klien dapat menyebutkan kegiatan ibadah yang biasa dilakukan, klien dapat mendemonstrasikan sikap cara ibadah yang dipilih, klien mempunyai jadwal untuk melatih kegiatan ibadah.

5. Terapi Keluarga

Dalam terapi keluarga, keluarga dibantu untuk menyelesaikan konflik dengan tidak memarahi klien saat klien amuk, serta cara membatasi konflik dengan saling mendukung dan menghilangkan stres klien, tidak menyalahkan klien melainkan keluarga memberikan nasehat atau diskusi dengan klien untuk lebih sabar dalam mengendalikan emosi. Hal tersebut juga sesuai dengan TUK 11 Klien mendapatkan dukungan keluarga dalam melakukan cara pencegahan perilaku kekerasan.

6. Terapi Lingkungan

Terapi lingkungan (milieu therapy) adalah jenis terapi yang dilakukan dengan melakukan modifikasi lingkungan sosial klien atau kelompok untuk meningkatkan pengalaman kehidupan yang lebih positif dan adaptif. Terapi lingkunagn sangat bermanfaat bagi klien yang menglami perilaku kekerasan yang dapat mempengaruhi kehidupan klien atau keluarga sehari-hari. Dalam terapi lingkungan perawat dapat melakukan beberapa hal yaitu membantu pasien belajar berinteraksi dengan orang lain, mempercayai orang lain, mendorong pasien untuk berkomunkasi tentang ide-ide, perasaan, dan perilakunya secara terbuka, pasien belajar tentang kegiatan-kegiatan atau kemampuan yang baru, dapat dilakukannya sesuai dengan kemampuan dan mintanya pada waktu yang luang, memberikan obat-obatan yang telah ditetapkan, mengamati efek obat dan perilaku-perilaku yang menonjol atau menyimpang, serta mengidentifikasi masalah-masalah yang timbul dari terapi tersebut.

Terapi lingkungan juga dilakukan sebab ada beberapa syarat lingkungan fisik pada pasien amuk sebagai berikut.

1) Ruangan aman, nyaman, dan mendapat pencahayaan yang cukup.
2) Pasien satu kamar, satu orang bila sekamar lebih dari satu jangan dicampur antara yang kuat dengan yang lemah.
3) Ada jendela berjeruji dengan pintu dari besi terkunci.

4) Tersedia kebijakan dan prosedur tertulis tentang protokol pengikat dan pengasingan secara aman, serta protokol pelepasan pengikatan.

Selain itu ada beberapa syarat lingkungan psikososial adalah sebagai berikut:

1) Komunikasi terapeutik , sikap bersahabat , dan perasaan empati.
2) Observasi pasien tiap 15 menit.
3) Jelaskan tujuan pengikatan atau pengekangan secara berulang-ulang.
4) Penuhi kebutuhan fisik pasein.
5) Libatkan keluarga.
6) Pasien merasa aman atau senang dan tidak merasa takut.
7) Di lingkungan rumah sakit atau bangsal yang bersih.
8) Tingkah laku dikomunikasikan dengan jelas untuk mempertahankan atau mengubah tingkah laku pasien.
9) Tata ruangan menarik dan poster yang cerah akan meningkatkan gairah terhadap pasien.

7. Terapi Kelompok

Terapi kelompok merupakan bentuk terapi dengan cara perawat berinteraksi dengan sekelompok klien secara teratur. Dalam terapi ini diharapkan klien dapat meningkatkan kesadaran diri, meningkatkan hubungan interpersonal, mengubah perilaku maladaptive. Hal ini juga sesuai dengan TUK 10 Klien dapat mengikuti TAK: Stimulasi Persepsi pencegahan perilaku kekerasan.

8. Terapi Aktifitas Kelompok

Terapi aktifitas kelompok yang sesuai dengan kasus adalah terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi (TAKSP) Asertive training. Secara definisi terapi aktifitas kelompok merupakan terapi aktivitas kelompok dengan memberikan stimulasi kepada anggota kelompok sehingga masing-masing anggota kelompok mempersepsikan terhadap stimulus dengan menggunakan kemampuan dan daya nalarnya. Kelompok membahas suatu issu yang berguna untuk perubahan perilakunya. Dengan menggunkan terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi diharapkan klien dapat melakukan bebrapa hal:

1) Klien dapat menyebutkan stimulus penyebab kemarahann (sesuai dengan TUK 2)
2) Klien dapat menyebutkan respon yang dirasakan saat marah, tanda dan gejala marah (sesuai dengan TUK 3)
3) Klien dapat menyebutkan reaksi yang dilakukan saat marah (sesuai dengan TUK 4)
4) Klien dapat menyebutkan akibat perilaku kekerasan (sesuai dengan TUK 5)
5) Klien dapat mempraktekkan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik (dengan latihan nafas dalam) sesuai dengan TUK 6

Proposal Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi (TAKSP) Asertive Training pada klien Perilaku Kekerasan

A. Topik
   Perilaku Kekerasan
B. Tujuan
   1. Klien dapat menyebutkan stimulus penyebab kemarahan.
   2. Klien dapat menyebutkan respon yang dirasakan saat marah (tanda dan gejala marah)
   3. Klien dapat menyebutkan reaksi yang dilakukan saat marah (perilaku kekerasan)
   4. Klien dapat menyebutkan akibat perilaku kekerasan.
   5. Klien dapat mempraktekkan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik (dengan latihan nafas dalam)
   6. Klien dapat mengungkapkan keinginan dan permintaan tanpa memaksa
   7. Klien dapat mengungkapkan penolakan dan rasa sakit hati tanpa kemarahan
   8. Klien dapat melakukan kegiatan ibadah secara teratur
C. Landasan Teori
   Umumnya klien dengan Perilaku Kekerasan dibawa dengan paksa ke Rumah Sakit Jiwa. Sering tampak klien diikat secara tidak manusiawi disertai bentakan dan pengawalan oleh sejumlah anggota keluarga bahkan polisi. Perilaku Kekerasan seperti memukul anggota keluarga atau orang lain, merusak alat rumah tangga dan marah-marah merupakan alasan utama yang paling banyak dikemukakan oleh keluarga. Penanganan oleh keluarga belum memadai, keluarga seharusnya mendapat pendidikan kesehatan tentang cara merawat klien (manajemen perilaku kekerasan).

   Perilaku kekerasan bisa disebabkan adanya gangguan harga diri: harga diri rendah. Harga diri adalah penilaian individu tentang pencapaian diri dengan menganalisa seberapa jauh perilaku sesuai dengan ideal diri. Dimana gangguan harga diri dapat digambarkan sebagai perasaan negatif terhadap diri sendiri, hilang kepercayaan diri, merasa gagal mencapai keinginan. Dengan terapy stimulasi persepsi, klien dilatih mempersepsikan stimulus, yang disediakan atau yang pernah dialami. Kemampuan persepsi klien dievaluasi dan ditingkatkan pada tiap sesi. Dengan proses ini diharapkan respon klien terhadap berbagai stimulus dalam kehidupan menjadi adaptif, sehingga mampu untuk membantu klien dengan perilaku kekerasan dalam mengendalikan amarah.
D. Klien
   1. Kriteria
      a. Klien yang tidak terlalu gelisah.
      b. klien yang bisa kooperatif dan tidak mengganggu berlangsungnya Terapi Aktifitas Kelompok.

c. Klien tindak kekerasan yang sudah sampai tahap mampu berinteraksi dalam kelompok kecil.
d. Klien tenang dan kooperatif.
e. Kondisi fisik dalam keadaan baik.
f. Mau mengikuti kegiatan terapi aktivitas.
g. Klien yang dapat memegang alat tulis.
h. Klien yang panca inderanya masih memungkinkan

2. Proses seleksi
   1. Berdasarkan observasi klien sehari-hari
   2. Berdasarkan informasi dan diskusi dengan perawat ruangan mengenai prilaku klien sehari-hari
   3. Hasil diskusi kelompok
   4. Berdasarkan asuhan keperawatan
   5. Adanya kesepakatan dengan klien

E. Pengorganisasian
1. Waktu
   a. Hari/tanggal :
   b. Jam :
   c. Acara : menit
      - Pembukaan : menit
      - Perkenalan pada klien : menit
      - Perkenalan TAK : menit
      - Persiapan : menit
      - Pelaksanaan : menit
      - Penutup : menit
   d. Tempat : Aula
   e. Jumlah pasien : 4-6 orang
2. Tim terapis
   a. Leader:
      Bertugas:
      - Memimpin jalannya acara terapi aktivitas kelompok
      - Memperkenalkan anggota terapi aktivitas kelompok
      - Menetapkan jalannya tata tertib
      - Menjelaskan tujuan diskusi
      - Dapat mengambil keputusan dengan menyimpulkan hasil diskusi pada kelompok terapi diskusi tersebut .

- Kontrak waktu
  - Menyimpulkan hasil kegiatan
  - Menutup acara

b. Co leader

Bertugas:

- Mendampingi leader jika terjadi bloking
- Mengoreksi dan mengingatkan leader jika terjadi kesalahan
- Bersama leader memecahkan penyelesaian masalah

c. Fasilitator

Bertugas:

- Membantu klien meluruskan dan menjelaskan tugas yang harus dilakukan
- Mendampingi peserta TAK
- Memotivasi klien untuk aktif dalam kelompok
- Menjadi contoh bagi klien selama kegiatan

d. Observer

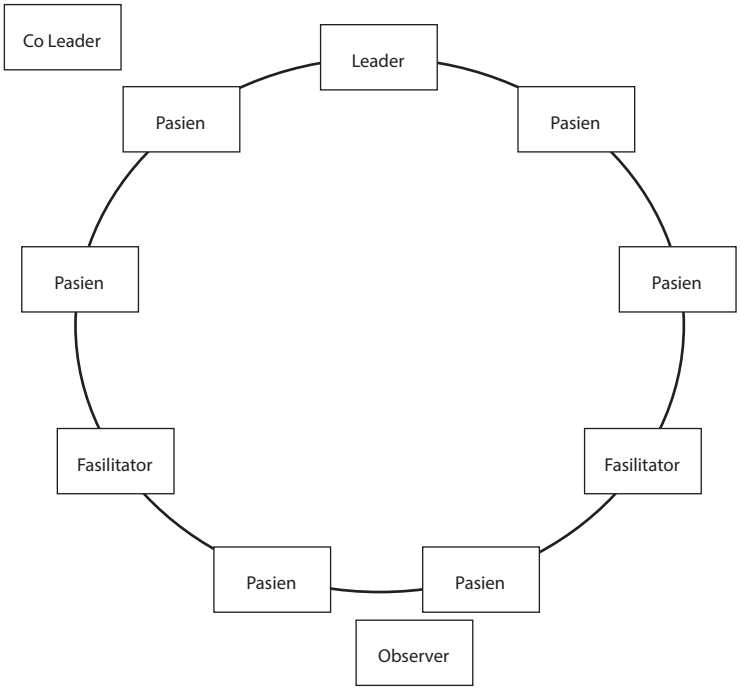
Bertugas:

- Mengobservasi persiapan dan pelaksanaan TAK dari awal sampai akhir
- Mencatat semua aktifitas dalam terapi aktifitas kelompok
- Mengobservasi perilaku pasien

e. Anggota

Bertugas: Menjalankan dan mengikuti kegiatan terapi

3. Metode dan media
   a. Metode
      1. Dinamika kelompok
      2. Diskusi dan tanya jawab
      3. Permainan
   b. Alat:
      1. Kertas
      2. Spidol
      3. Buku catatan dan pulpen
      4. Jadwal kegiatan klien
      5. Bola
   c. Setting
      a. Terapis dan klien duduk bersama
      b. Ruangan nyaman dan tenang.



F. Proses Pelaksanaan

1. Persiapan
   a) Memilih klien perilaku kekerasan yang sudah kooperatif
   b) Membuat kontrak dengan klien
   c) Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan
2. Orientasi
   a) Salam terapeutik
      - Salam dari terapis kepada klien.
      - Perkenalkan nama dan panggilan terapis (pakai papan nama)
      - Menanyakan nama dan panggilan semua klien (beri papan nama)
   b) Evaluasi validasi
      - Menanyakan perasaan klien saat ini
      - Menanyakan masalah yang dirasakan.
   c) Kontrak
      - Menjelaskan tujuan kegiatan, yaitu mengenalkan kelompok, harus minta izin pada terapis.
      - Menjelaskan aturan main berikut.
        - Jika klien ada yang ingin meninggalkan kelompok, harus minta izin pada terapis.
        - Lama kegiatan 45 menit.
        - Setiap klien mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir.

3. Tahap kerja
   a) Leader membacakan aturan permainan:
      - Salah satu peserta TAK memegang bola, sambil operator memainkan musik.
      - Bila musik berhenti, dan ada salah satu peserta TAK yang memegang bola berarti, ia harus menyebutkan penyebab perilaku kekerasan, tanda gejala yang dirasakan, perilaku kekerasan yang pernah dilakukan, akibat, serta mempraktekkan cara mengontrol PK dengan latihan fisik (cara nafas dalam)
        - Permainan dimulai. Sampai ditemukan peserta yang tetap berjoget saat musik berhenti.
        - Klien dan terapis mendiskusikan penyebab masalah perilaku kekerasan
      - Tanyakan pengalaman tiap klien
      - Tulis di kertas
   b) Mendiskusikan tanda dan gejala yang dirasakan klien saat terpapar oleh penyebab marah sebelum perilaku kekerasan terjadi.
      - Tanyakan perasaan tiap klien saat terpapar oleh penyebab (tanda dan gejala)
      - Tulis di kertas
   c) Mendiskusikan perilaku kekerasan yang pernah dilakukan klien (verbal, merusak lingkungan, mencederai, memukul, orang lain, dan memukul diri sendiri)
      - Tanyakan perilaku yang dilakukan saat marah
      - Tulis di kertas
   d) Mendiskusiksan dampak/akibat perilaku kekerasan.
      - Tanyakan akibat perilaku kekerasan.
      - Tulis di papan tulis di kertas
   e) Meminta pasien mempraktekkan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik (latihan nafas dalam)
   f) Menanyakan perasaan klien setelah selesai bermain paran/stimulasi.
   g) Memberikan reinforcement pada peran serta klien.
   h) Dalam menjalankan kegiatan TAK upayakan semua klien terlibat.
   i) Observer memberi kesimpulan/evaluasi tentang jalannya TAK, mengenai jawaban klien tentang penyebab, tanda dan gejala, perilaku kekerasan, dan akibat perilaku kekerasan. Selanjutnya observer memberikan pujian atas peran serta klien dalam pelaksanaan TAK serta memberi motivasi pada klien untuk meningkatkan kemampuannya dalam berlatih cara mengontrol perilaku kemarahan.
   j) Menanyakan kesediaan klien untuk mempelajari cara baru yang sehat menghadapi kemarahan.

4. Tahap Terminasi
   a) Evaluasi
      - Terapis menanyakan perasaan klien setelah mengikuti TAK.
      - Memberikan *reinformenn*t positif terhadap perilaku klien positif.
   b) Tindak Lanjut
      - Menganjurkan klien menilai dan mengevaluasi jika terjadi penyebab marah, yaitu tanda dan gejala, perilaku kekerasan yang terjadi, serta akibat perilaku kekerasan.
      - Menganjurkan klien mengingat penyebab, tanda dan gejala, perilaku kekerasan dan akibat yang belum diceritakan.
   c) Kontrak yang akan datang
      - Menyepakati belajar cara baru yang sehat untuk mencegah perilaku kekerasan.
      - Menyepakati waktu dan tempat TAK berikutnya.

C. Evaluasi dan Dokumentasi

1. Evaluasi

Evaluasi dilakukan saat proses TAK berlangsung khususnya pada tahap kerja. Aspek yang dievaluasi adalah kemampuan klien dengan tujuan TAK. Untuk TAK stimulasi persepsi perilaku kekerasan Sesi 1, kemampuan yang diharapkan adalah mengetahui perilaku, mengenal tanda dan gejala, perilaku kekerasan yang dilakukan dan akibat perilaku kekerasan. Formulir evaluasi sebagai berikut.

Sesi 1 TAK Stimulasi Perilaku Kekerasan
Kemampuan Psikologi

No	Nama Klien	Penyebab Perilaku Kekerasan	Memberi tanggapan tentang		
			Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan	Perilaku Kekerasan	Akibat Perilaku Kekerasan
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

Petunjuk:

1. Tulis nama panggilan klien yang ikut TAK pada kolom nama klien.

2. Untuk tiap klien, beri penilaian tentang kemampuan. Beri tanda + jika mampu dan beri tanda - jika tidak mampu.

2. Dokumentasi

Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki klien saat TAK pada catatan proses keperawatan tiap klien.Contoh: Klien mengikuti Sesi 1, TAK stimulus persepsi perilaku kekerasan.Klien mampu menyebutkan penyebab perilaku kekerasannya (disalahkan dan tidak diberi uang), mengenal tanda dan gejala yang dirasakan (”gregeten” dan ”deg-degan”), perilaku kekerasan yang dilakukan (memukul meja), akibat yang dirasakan (tangan sakit dan dibawa ke rumah sakit jiwa), dan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan tarik nafas dalam. Anjurkan klien mengingat dan menyampaikan jika semua dirasakan selama di rumah sakit.

BAB 23

Asuhan Keperawatan pada Klien Defisit Perawatan Diri

A. Pengertian

Perawatan diri adalah salah satu kemampuan dasar manusia dalam memenuhi kebutuhannya guna memepertahankan kehidupannya, kesehatan dan kesejahteraan sesuai dengan kondisi kesehatannya, klien dinyatakan terganggu keperawatan dirinya jika tidak dapat melakukan perawatan diri (Depkes 2000). Defisit perawatan diri adalah gangguan kemampuan untuk melakukan aktifitas perawatan diri (mandi, berhias, makan, toileting).

Personal hygiene adalah suatu tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis, kurang perawatan diri adalah kondisi dimana seseorang tidak mampu melakukan perawatan kebersihan untuk dirinya .

B. Jenis-Jenis Perawatan Diri

1. Kurang perawatan diri: Mandi/kebersihan
   Kurang perawatan diri (mandi) adalah gangguan kemampuan untuk melakukan aktivitas mandi/kebersihan diri.
2. Kurang perawatan diri: Mengenakan pakaian/berhias.
   Kurang perawatan diri (mengenakan pakaian) adalah gangguan kemampuan memakai pakaian dan aktivitas berdandan sendiri.
3. Kurang perawatan diri: Makan
   Kurang perawatan diri (makan) adalah gangguan kemampuan untuk menunjukkan aktivitas makan.

4. Kurang perawatan diri: Toileting
   Kurang perawatan diri (toileting) adalah gangguan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas toileting sendiri

C. Etiologi

Menurut Tarwoto dan Wartonah, (2000) Penyebab kurang perawatan diri adalah sebagai berikut:

1. Faktor prediposisi
   a. Perkembangan
      Keluarga terlalu melindungi dan memanjakan klien sehingga perkembangan inisiatif terganggu.
   b. Biologis
      Penyakit kronis yang menyebabkan klien tidak mampu melakukan perawatan diri.
   c. Kemampuan realitas turun
      Klien dengan gangguan jiwa dengan kemampuan realitas yang kurang menyebabkan ketidakpedulian dirinya dan lingkungan termasuk perawatan diri.
   d. Sosial
      Kurang dukungan dan latihan kemampuan perawatan diri lingkungannya. Situasi lingkungan mempengaruhi latihan kemampuan dalam perawatan diri.
2. Faktor presipitasi
   Yang merupakan faktor presiptasi deficit perawatan diri adalah kurang penurunan motivasi, kerusakan kognisi atau perceptual, cemas, lelah/lemah yang dialami individu sehingga menyebabkan individu kurang mampu melakukan perawatan diri.

   Menurut Depkes (2000: 59) Faktor – faktor yang mempengaruhi personal hygiene adalah:

   1. Body Image
      Gambaran individu terhadap dirinya sangat mempengaruhi kebersihan diri misalnya dengan adanya perubahan fisik sehingga individu tidak peduli dengan kebersihan dirinya.
   2. Praktik Sosial
      Pada anak – anak selalu dimanja dalam kebersihan diri, maka kemungkinan akan terjadi perubahan pola personal hygiene.
   3. Status Sosial Ekonomi
      Personal hygiene memerlukan alat dan bahan seperti sabun, pasta gigi, sikat gigi, shampo, alat mandi yang semuanya memerlukan uang untuk menyediakannya.
   4. Pengetahuan
      Pengetahuan personal hygiene sangat penting karena pengetahuan yang baik dapat meningkatkan kesehatan. Misalnya pada pasien penderita diabetes mellitus ia harus menjaga kebersihan kakinya.

5. Budaya
   Di sebagian masyarakat jika individu sakit tertentu tidak boleh dimandikan.
6. Kebiasaan seseorang
   Ada kebiasaan orang yang menggunakan produk tertentu dalam perawatan diri seperti penggunaan sabun, sampo dan lain – lain.
7. Kondisi fisik atau psikis
   Pada keadaan tertentu/sakit kemampuan untuk merawat diri berkurang dan perlu bantuan untuk melakukannya.

Dampak yang sering timbul pada masalah personal hygiene.

1. Dampak fisik
   Banyak gangguan kesehatan yang diderita seseorang karena tidak terpeliharanya kebersihan perorangan dengan baik, gangguan fisik yang sering terjadi adalah: Gangguan integritas kulit, gangguan membran mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga dan gangguan fisik pada kuku.
2. Dampak psikososial
   Masalah sosial yang berhubungan dengan personal hygiene adalah gangguan kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan dicintai dan mencintai, kebutuhan harga diri, aktualisasi diri dan gangguan interaksi sosial.

D. Tanda dan Gejala

Menurut Depkes (2000: 20) Tanda dan gejala klien dengan defisit perawatan diri adalah:

a) Fisik
   - Badan bau, pakaian kotor.
   - Rambut dan kulit kotor.
   - Kuku panjang dan kotor
   - Gigi kotor disertai mulut bau
   - penampilan tidak rapi

b) Psikologis
   - Malas, tidak ada inisiatif.
   - Menarik diri, isolasi diri.
   - Merasa tak berdaya, rendah diri dan merasa hina.

c) Sosial
   - Interaksi kurang.
   - Kegiatan kurang
   - Tidak mampu berperilaku sesuai norma.
   - Cara makan tidak teratur BAK dan BAB di sembarang tempat, gosok gigi dan mandi tidak mampu mandiri

Data yang biasa ditemukan dalam deficit perawatan diri adalah:

1. Data subyektif
   a. Pasien merasa lemah
   b. Malas untuk beraktivitas
   c. Merasa tidak berdaya.
2. Data obyektif
   a. Rambut kotor, acak – acakan
   b. Badan dan pakaian kotor dan bau
   c. Mulut dan gigi bau.
   d. Kulit kusam dan kotor
   e. Kuku panjang dan tidak terawat

E. Mekanisme Koping

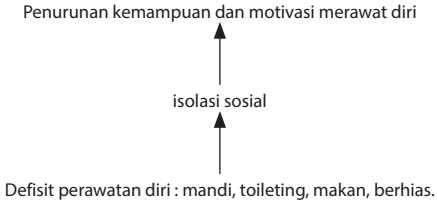
a. Regresi
b. Penyangkalan
c. Isolasi diri, menarik diri
d. Intelektualisasi

F. Rentang Respon Kognitif

Asuhan yang dapat dilakukan keluarga bagi klien yang tidak dapat merawat diri adalah

1. Meningkatkan kesadaran dan kepercayaan diri
   a) Bina hubungan saling percaya.
   b) Bicarakan tentang pentingnya kebersihan.
   c) Kuatkan kemampuan klien merawat diri.
2. Membimbing dan menolong klien merawat diri.
   a) Bantu klien merawat diri
   b) Ajarkan ketrampilan secara bertahap
   c) Buatkan jadwal kegiatan setiap hari
3. Ciptakan lingkungan yang mendukung
   a) Sediakan perlengkapan yang diperlukan untuk mandi.
   b) Dekatkan peralatan mandi biar mudah dijangkau oleh klien.
   c) Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman bagi klien misalnya, kamar mandi yang dekat dan tertutup.

G. Pohon Masalah



H. Diganosa Keperawatan

Menurut Depkes (2000:32) diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien defisit perawatan diri sesuai dengan bagan 1.1 yaitu:

1. Penurunan kemampuan dan motivasi merawat diri.
2. Defisit perawatan diri
3. Isolasi sosial

I. Fokus Intervensi

Diagnosa keperawatan: penurunan kemampuan dan motivasi merawat diri.

Tujuan Umum.
Klien dapat meningkatkan minat dan motivasinya untuk memperhatikan kebersihan diri.

Tujuan Khusus.
TUK I: Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat. Kriteriaevaluasi Dalam berinteraksi klien menunjukan tanda-tanda percaya pada perawat:

a. Wajah cerah, tersenyum
b. Mau berkenalan
c. Ada kontak mata
d. Menerima kehadiran perawat
e. Bersedia menceritakan perasaannya

Intervensi:

a. Berikan salam setiap berinteraksi.
b. Perkenalkan nama, nama panggilan perawat dan tujuan perawat berkenalan.
c. Tanyakan nama dan panggilan kesukaan klien.
d. Tunjukan sikap jujur dan menepati janji setiap kali berinteraksi.
e. Tanyakan perasaan dan masalah yang dihadapi klien.

f. Buat kontrak interaksi yang jelas.
g. Dengarkan ungkapan perasaan klien dengan empati.
h. Penuhi kebutuhandasar klien.

TUK II: klien dapat mengenal tentang pentingnya kebersihan diri.
Tindakan keperawatan
Tindakan keperawatan untuk pasien kurang perawatan diri juga ditujukan untuk keluarga sehingga keluarga mampu mengarahkan pasien dalam melakukan perawatan diri.

1. Tindakan keperawatan untuk pasien
   a. Tujuan:
      1) Pasien mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri
      2) Pasien mampu melakukan berhias/berdandan secara baik
      3) Pasien mampu melakukan makan dengan baik
      4) Pasien mampu melakukan BAB/BAK secara mandiri
2. Tindakan keperawatan
   Melatih pasien cara-cara perawatan kebersihan diri Untuk melatih pasien dalam menjaga kebersihan diri Saudara dapat melakukan tanapan tindakan yang meliputi:
   1) Menjelasan pentingnya menjaga kebersihan diri.
   2) Menjelaskan alat-alat untuk menjaga kebersihan diri
   3) Menjelaskan cara-cara melakukan kebersihan diri
   4) Melatih pasien mempraktekkan cara menjaga kebersihan diri

Kriteria evaluasi
Klien dapat menyebutkan kebersihan diri pada waktu 2 kali pertemuan, mampu menyebutkan kembali kebersihan untuk kesehatan seperti mencegah penyakit dan klien dapat meningkatkan cara merawat diri.
Intervensi

a. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik.
b. Diskusikan bersama klien pentingnya kebersihan diri dengan cara menjelaskan pengertian tentang arti bersih dan tanda- tanda bersih.
c. Dorong klien untuk menyebutkan 3 dari 5 tanda kebersihan diri.
d. Diskusikan fungsi kebersihan diri dengan menggali pengetahuan klien terhadap hal yang berhubungan dengan kebersihan diri.
e. Bantu klien mengungkapkan arti kebersihan diri dan tujuan memelihara kebersihan diri.
f. Beri reinforcement positif setelah klien mampu mengungkapkan arti kebersihan diri.
g. Ingatkan klien untuk memelihara kebersihan diri seperti: mandi 2 kali pagi dan sore, sikat gigi minimal 2 kali sehari (sesudah makan dan sebelum tidur), keramas dan menyisir rambut, gunting kuku jika panjang.

TUK III: Klien dapat melakukan kebersihan diri dengan bantuan perawat.
Kriteria evaluasi
Klien berusaha untuk memelihara kebersihan diri seperti mandi pakai sabun dan disiram pakai air sampai bersih, mengganti pakaian bersih sehariâ€"hari, dan merapikan penampilan.
Intervensi

a. Motivasi klien untuk mandi.
b. Beri kesempatan untuk mandi, beri kesempatan klien untuk mendemonstrasikan cara memelihara kebersihan diri yang benar.
c. Anjurkan klien untuk mengganti baju setiap hari.
d. Kaji keinginan klien untuk memotong kuku dan merapikan rambut.
e. Kolaborasi dengan perawat ruangan untuk pengelolaan fasilitas perawatan kebersihan diri, seperti mandi dan kebersihan kamar mandi.
f. Bekerjasama dengan keluarga untuk mengadakan fasilitas kebersihan diri seperti odol, sikat gigi, shampoo, pakaian ganti, handuk dan sandal.

TUK IV: Klien dapat melakukan kebersihan perawatan diri secara mandiri.
Kriteria evaluasi
Setelah satu minggu klien dapat melakukan perawatan kebersihan diri secara rutin dan teratur tanpa anjuran, seperti mandi pagi dan sore, ganti baju setiap hari, penampilan bersih dan rapi.

Intervensi
Monitor klien dalam melakukan kebersihan diri secara teratur, ingatkan untuk mencuci rambut, menyisir, gosok gigi, ganti baju dan pakai sandal.

TUK V: Klien dapat mempertahankan kebersihan diri secara mandiri.
Kriteria evaluasi
Klien selalu tampak bersih dan rapi.

Intervensi
Beri reinforcement positif jika berhasil melakukan kebersihan diri.

TUK VI: Klien dapat dukungan keluarga dalam meningkatkan kebersihan diri.
Kriteria evaluasi
Keluarga selalu mengingatkan hal-hal yang berhubungan dengan kebersihan diri, keluarga menyiapkan sarana untuk membantu klien dalam menjaga kebersihan diri, dan keluarga membantu dan membimbing klien dalam menjaga kebersihan diri.

Intervensi

a. Jelaskan pada keluarga tentang penyebab kurang minatnya klien menjaga kebersihan diri.

b. Diskusikan bersama keluarga tentang tindakanyang telah dilakukan klien selama di RS dalam menjaga kebersihan dan kemajuan yang telah dialami di RS.
c. Anjurkan keluarga untuk memutuskan memberi stimulasi terhadap kemajuan yang telah dialami di RS.
d. Jelaskan pada keluarga tentang manfaat sarana yang lengkap dalam menjaga kebersihan diri klien.
e. Anjurkan keluarga untuk menyiapkan sarana dalam menjaga kebersihan diri.
f. Diskusikan bersama keluarga cara membantu klien dalam menjaga kebersihan diri.
g. Diskusikan dengan keluarga mengenai hal yang dilakukan misalnya: mengingatkan pada waktu mandi, sikat gigi, mandi, keramas, dan lain-lain.

BAB 24

Asuhan Keperawatan pada Lanjut Usia dengan Depresi

A. Latar Belakang

Depresi pada lanjut usia terus menjadi masalah kesehatan mental yang serius meskipun pemahaman kita tentang penyebab depresi dan perkembangan pengobatan farmakologis dan psikoterapeutik sudah sedemikian maju. Gejala-gejala depresi ini sering berhubungan dengan penyesuaian yang terhambat terhadap kehilangan dalam hidup dan stressor. Stresor pencetus seperti pensiun yang terpaksa, kematian pasangan, kemunduran kemampuan atau kekuatan fisik dan kemunduran kesehatan serta penyakit fisik, kedudukan sosial, keuangan, penghasilan dan rumah tinggal sehingga mempengaruhi rasa aman lansia dan menyebabkan depresi (Friedman,1998).

Gejala depresi yang muncul pada lanjut usia seringkali dianggap sebagai bagian daripada proses menua. Tugas perkembangan psikososial lanjut usia menurut Erickson adalah integritas versus keputusasaan dan isolasi. Menurut Notosoedirdjo dan Latipun (2005), pada fase ini tugas lansia untuk melihat perjalanan hidupnya. Jika pada fase sebelumnya berhasil, dapat menerima siklus dan lingkungan kehidupannya, maka akan mencapai integritas. Sedangkan jika pengalaman dan perjalanan hidupnya tidak dapat diterima, maka akan terjadi keputusasaan. Pada stadium ini terjadi konflik antara integritas, pemuasan hidup dan keputusasaan karena kehilangan dukungan sosial yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk memelihara dan mempertahankan kepuasan hidup dan *self-esteem*nya sehingga mudah terjadi depresi pada lansia (Stoudemire, 1994).

Prevalensi depresi pada lansia tinggi sekali, sekitar 12- 36 % lansia yang menjalani rawat jalan mengalami depresi. Angka ini meningkat menjadi 30-50% pada lansia dengan penyakit kronis dan perawatan lama yang mengalami depresi (Mangoenprasodjo, 2004). Menurut

Kaplan et all (1997), kira-kira 25 % komunitas lanjut usia dan pasien rumah perawatan ditemukan adanya gejala depresi pada lansia. Depresi menyerang 10 – 15% lansia 65 tahun keatas yang tinggal dikeluarga dan angka depresi meningkat secara drastis pada lansia yang tinggal di institusi, dengan sekitar 50 - 75% penghuni perawatan jangka panjang memiliki gejala depresi ringan sampai sedang (Stanley & Beare, 2007).

Resiko depresi meningkat pada wanita, terutama yang memiliki riwayat depresi, baru saja kehilangan, hidup sendiri, lemahnya dukungan sosial, tinggal di rumah perawatan jangka panjang, penurunan kesehatan, dan keterbatasan fungsional (Green et al., 1992; Schoevers et al., 2000; Sadavoy et al., 2004). Resiko bunuh diri pada lansia wanita yang mengalami depresi dua atau tiga kali lebih tinggi daripada lansia laki-laki (Jones, 2002). Tingginya angka depresi pada lansia wanita lebih berhubungan dengan transisi fungsi reproduksi dan hormonal atau menopouse (Sadavoy et al., 2004).

B. Pengertian Depresi

Depresi merupakan satu masa terganggunya fungsi manusia yang berkaitan dengan alam perasaan yang sedih dan gejala penyertanya, termasuk perubahan pada pola tidur dan nafsu makan, psikomotor, konsentrasi, kelelahan, rasa putus asa dan tak berdaya, serta gagasan bunuh diri (Kaplan dan Sadock, 1998). Depresi adalah suatu perasaan sedih dan pesimis yang berhubungan dengan suatu penderitaan. Dapat berupa serangan yang ditujukan pada diri sendiri atau perasaan marah yang dalam (Nugroho, 2000). Menurut Hudak & Gallo (1996), gangguan depresi merupakan keluhan umum pada lanjut usia dan merupakan penyebab tindakan bunuh diri .

Depresi adalah gangguan alam perasaan yang ditandai oleh kesedihan, harga diri rendah, rasa bersalah, putus asa, perasaan kosong (Keliat, 1996). Sedangkan menurut Hawari (1996), depresi adalah bentuk gangguan kejiwaan pada alam perasaan (*mood*), yang ditandai dengan kemurungan, kelesuan, ketidakgairahan hidup, perasaan tidak berguna, dan putus asa. Depresi adalah suatu kesedihan atau perasaan duka yang berkepanjangan (Stuart dan Sundeen, 1998).

C. Tanda dan Gejala Depresi

Perilaku yang berhubungan dengan depresi menurut Kelliat (1996) meliputi beberapa aspek seperti:

a. Afektif

   Kemarahan, ansietas, apatis, kekesalan, penyangkalan perasaan, kemurungan, rasa bersalah, ketidakberdayaan, keputusasaan, kesepian, harga diri rendah, kesedihan.

b. Fisiologik

   Nyeri abdomen, anoreksia, sakit punggung, konstipasi, pusing, keletihan, gangguan pencernaan, insomnia, perubahan haid, makan berlebihan/kurang, gangguan tidur, dan perubahan berat badan.

c. Kognitif
Ambivalensi, kebingungan, ketidakmampuan berkonsentrasi, kehilangan minat dan motivasi, menyalahkan diri sendiri, mencela diri sendiri, pikiran yang destruktif tentang diri sendiri, pesimis, ketidakpastian.

d. Perilaku
Agresif, agitasi, alkoholisme, perubahan tingkat aktivitas, kecanduan obat, intoleransi, mudah tersinggung, kurang spontanitas, sangat tergantung, kebersihan diri yang kurang, isolasi sosial, mudah menangis, dan menarik diri.

Menurut PPDGJ-III (Maslim,1997), tingkatan depresi ada 3 berdasarkan gejala – gejalanya yaitu:

1) Depresi Ringan
Gejala:
   a. Kehilangan minat dan kegembiraan
   b. Berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah (rasa lelah yang nyata sesudah kerja sedikit saja) dan menurunnya aktivitas
   c. Konsentrasi dan perhatian yang kurang
   d. Harga diri dan kepercayaan diri yang kurang
   e. Lamanya gejala tersebut berlangsung sekurang-kurangnya 2 minggu
   f. Hanya sedikit kesulitan dalam pekerjaan dan kegiatan sosial yang biasa dilakukannya
2) Depresi sedang
Gejala
   a. Kehilangan minat dan kegembiraan
   b. Berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah (rasa lelah yang nyata sesudah kerja sedikit saja) dan menurunnya aktivitas
   c. Konsentrasi dan perhatian yang kurang
   d. Harga diri dan kepercayaan diri yang kurang
   e. Gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna
   f. Pandangan masa depan yang suram dan pesimistis
   g. Lamanya gejala tersebut berlangsung minimum sekitar 2 minggu
   h. Mengadaptasi kesulitan untuk meneruskan kegiatan sosial pekerjaan dan urusan rumah tangga
3) Depresi Berat
Gejala:
   a. Mood depresif
   b. Kehilangan minat dan kegembiraan
   c. Berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah (rasa lelah yang nyata sesudah kerja sedikit saja) dan menurunnya aktivitas.
   d. Konsentrasi dan perhatian yang kurang
   e. Gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna

f. Pandangan masa depan yang suram dan pesimistis
g. Perbuatan yang membahayakan dirinya sendiri atau bunuh diri
h. Tidur terganggu
i. Disertai waham, halusinasi
j. Lamanya gejala tersebut berlangsung selama 2 minggu

D. Karakteristik Depresi pada Lanjut Usia

Meskipun depresi banyak terjadi dikalangan lansia,. depresi ini sering di diagnosis salah atau diabaikan. Rata-rata 60-70% lanjut usia yang mengunjungi praktik dokter umum adalah mereka dengan depresi, tetapi acapkali tidak terdeteksi karena lansia lebih banyak memfokuskan pada keluhan badaniah yang sebetulnya adalah penyerta dari gangguan emosi (Mahajudin, 2007).

Menurut Stanley & Beare (2007), sejumlah faktor yang menyebabkan keadaan ini, mencakup fakta bahwa depresi pada lansia dapat disamarkan atau tersamarkan oleh gangguan fisik lainnya (*masked depression*). Selain itu isolasi sosial, sikap orang tua, penyangkalan, pengabaian terhadap proses penuaan normal menyebabkan tidak terdeteksi dan tidak tertanganinya gangguan ini. Depresi pada orang lanjut usia dimanifestasikan dengan adanya keluhan merasa tidak berharga, sedih yang berlebihan, murung, tidak bersemangat, merasa kosong, tidak ada harapan, menuduh diri, ide-ide pikiran bunuh diri dan pemeliharaan diri yang kurang bahkan penelantaran diri (Wash, 1997).

Samiun (2006) menggambarkan gejala-gejala depresi pada lansia:

1) Kognitif

   Sekurang-kurangnya ada 6 proses kognitif pada lansia yang menunjukan gejala depresi. Pertama, individu yang mengalami depresi memiliki *self-esteem* yang sangat rendah. Mereka berpikir tidak adekuat, tidak mampu, merasa dirinya tidak berarti, merasa rendah diri dan merasa bersalah terhadap kegagalan yang dialami. Kedua, lansia selalu pesimis dalam menghadapi masalah dan segala sesuatu yang dijalaninya menjadi buruk dan kepercayaan terhadap dirinya (*self-confident*) yang tidak adekuat. Ketiga, memiliki motivasi yang kurang dalam menjalani hidupnya, selalu meminta bantuan dan melihat semuanya gagal dan sia-sia sehingga merasa tidak ada gunanya berusaha. Keempat, membesar-besarkan masalah dan selalu pesimistik menghadapi masalah. Kelima, proses berpikirnya menjadi lambat, performance intelektualnya berkurang. Keenam, generalisasi dari gejala depresi, harga diri rendah, pesimisme dan kurangnya motivasi.

2) Afektif

   Lansia yang mengalami depresi merasa tertekan, murung, sedih, putus asa, kehilangan semangat dan muram. Sering merasa terisolasi, ditolak dan tidak dicintai. Lansia yang mengalami depresi menggambarkan dirinya seperti berada dalam lubang gelap yang tidak dapat terjangkau dan tidak bisa keluar dari sana.

3) Somatik
   Masalah somatik yang sering dialami lansia yang mengalami depresi seperti pola tidur yang terganggu (insomnia), gangguan pola makan dan dorongan seksual berkurang. Lansia lebih rentan terhadap penyakit karena sistem kekebalan tubuhnya melemah, selain karena *aging process* juga karena orang yang mengalami depresi menghasilkan sel darah putih yang kurang (Schleifer et all, 1984; Samiun, 2006).
4) Psikomotor
   Gejala psikomotor pada lansia depresi yang dominan adalah retardasi motor. Sering duduk dengan terkulai dan tatapan kosong tanpa ekspresi, berbicara sedikit dengan kalimat datar dan sering menghentikan pembicaraan karena tidak memiliki tenaga atau minat yang cukup untuk menyelesaikan kalimat itu.

Dalam pengkajian depresi pada lansia, menurut Sadavoy et all (2004) gejala-gejala depresi dirangkum dalam SIGECAPS yaitu gangguan pola tidur (s*leep)* pada lansia yang dapat berupa keluhan sukar tidur, mimpi buruk dan bangun dini dan tidak bisa tidur lagi, penurunan minat dan aktifitas (*interest*), rasa bersalah dan menyalahkan diri (g*uilty*), merasa cepat lelah dan tidak mempunyai tenaga (e*nergy*), penurunan konsentrasi dan proses pikir (c*oncentration*), nafsu makan menurun (a*ppetite*), gerakan lambat dan lebih sering duduk terkulai (p*sychomotor*) dan penelantaran diri serta ide bunuh diri (s*uicidaly*).

E. Penyebab Depresi

Menurut Stuart dan Sundeen (1998), faktor penyebab depresi adalah:

a. Faktor predisposisi
   1. Faktor genetik, dianggap mempengaruhi transmisi gangguan afektif melalui riwayat keluarga dan keturunan
   2. Teori agresi menyerang ke dalam, menunjukkan bahwa depresi terjadi karena perasaan marah yang ditunjukkan kepada diri sendiri
   3. Teori kehilangan obyek, menunjuk kepada perpisahan traumatika individu dengan benda atau yang sangat berarti.
   4. Teori organisasi kepribadian, menguraikan bagaimana konsep diri yang negatif dan harga diri rendah mempengaruhi sistem keyakinan dan penilaian seseorang terhadap stressor
   5. Model kognitif, menyatakan bahwa depresi merupakan masalah kognitif yang didominasi oleh evaluasi negatif seseorang terhadap diri seseorang, dunia seseorang, dan masa depan seseorang
   6. Model ketidakberdayaan yang dipelajari (*learned helplessness*), menunjukkan bahwa bukan semata-mata trauma menyebabkan depresi tetapi kayakinan bahwa seseorang tidak mempunyai kendali terhadap hasil yang penting dalam kehidupanya, oleh karena itu ia mengulang respon yang tidak adaptif

7. Model perilaku, berkembang dari kerangka teori belajar sosial, yang mengasumsi penyebab depresi terletak pada kurangnya keinginan positif dalam berinteraksi dengan lingkungan
8. Model biologik, menguraikan perubahan kimia dalam tubuh yang terjadi selama depresi, termasuk defisiensi katekolamin, disfungsi endokrin, hipersekresi kortisol, dan variasi periodik dalam irama biologis.

b. Stresor Pencetus

Ada 4 sumber utama stresor yang dapat mencetuskan gangguan alam perasaan (depresi) menurut Stuart dan Sundeen (1998), yaitu:

1. Kehilangan keterikatan yang nyata atau dibayangkan, termasuk kehilangan cinta, seseorang, fungsi fisik, kedudukan, atau harga diri. Karena elemen aktual dan simbolik melibatkan konsep kehilangan, maka persepsi seseorang merupakan hal yang sangat penting
2. Peristiwa besar dalam kehidupan, hal ini sering dilaporkan sebagai pendahulu episode depresi dan mempunyai dampak terhadap masalah-masalah yang dihadapi sekarang dan kemampuan menyelesaikan masalah
3. Peran dan ketegangan peran telah dilaporkan mempengaruhi perkembangan depresi, terutama pada wanita.
4. Perubahan fisiologik diakibatkan oleh obat-obatan atau berbagai penyakit fisik, seperti infeksi, neoplasma, dan gangguan keseimbangan metabolik, dapat mencetuskan gangguan alam perasaan. Di antara obat-obatan tersebut terdapat obat anti hipertensi dan penyalahgunaan zat yang menyebabkan kecanduan. Kebanyakan penyakit kronik yang melemahkan tubuh juga sering disertai depresi.

Menurut Townsed (1998), penyebab depresi adalah gabungan dari faktor predisposisi (teori biologis terdiri dari genetik, dan biokimia), dan faktor pencetus (teori psikososial terdiri dari psikoanalisis, kognitif, teori pembelajaran, teori kehilangan objek).

F. Penyebab Depresi pada Lanjut Usia

Depresi pada lansia merupakan permasalahan kesehatan jiwa (*mental health*) yang serius dan kompleks, tidak hanya dikarenakan *aging process* tetapi juga faktor-faktor lain yang saling terkait. Sehingga dalam mencari penyebab depresi pada lansia harus dengan *multiple approach*. Menurut Samiun (2006) ada 5 pendekatan yang dapat menjelaskan terjadinya depresi pada lansia yaitu:

1. Pendekatan Psikodinamik

Salah satu kebutuhan manusia adalah kebutuhan mencintai dan dicintai, rasa aman dan terlindung, keinginan untuk dihargai, dihormati, dan lain-lain. Menurut Hawari (1996),

seseorang yang kehilangan akan kebutuhan afeksional tersebut (l*oss of love object*) dapat jatuh dalam kesedihan yang dalam. Sebagai contoh seseorang kehilangan orang yang dicintai (suami atau istri yang meninggal), kehilangan pekerjaan/jabatan dan sejenisnya akan menyebabkan orang itu mengalami kesedihan yang mendalam, kekecewaan yang diikuti olah rasa sesal, bersalah dan seterusnya, yang pada gilirannya orang akan jatuh dalam depresi.

Freud mengemukakan bahwa depresi terjadi sebagai reaksi terhadap kehilangan. Perasaan sedih dan duka cita sesudah kehilangan objek yang dicintai (l*oss of love object*), tetapi seringkali mengalami perasaan ambivalensi terhadap objek tersebut (mencintai tetapi marah dan benci karena telah meninggalkan). Orang yang mengalami depresi percaya bahwa introjeksi merupakan satu-satunya cara ego untuk melepaskan suatu objek, sehingga sering mengkritik, marah dan menyalahkan diri karena kehilangan objek tadi (Kaplan et all, 1997).

Depresi yang terjadi pada lanjut usia adalah dampak negatif kejadian penurunan fungsi tubuh dan perubahan yang terjadi terutama perubahan psikososial. Perubahan-perubahan tersebut diatas seringkali menjadi stressor bagi lanjut usia yang membutuhkan adaptasi biologis dan psikologis. Menurut Maramis (1995), pada lanjut usia permasalahan yang menarik adalah kurangnya kemampuan dalam beradaptasi secara psikologis terhadap perubahan yang terjadi pada dirinya. Penurunan kemampuan beradaptasi terhadap perubahan dan stress lingkungan sering menyebabkan depresi.

Strategi adaptasi yang seringkali digunakan lansia yang mengalami depresi adalah strategi pasif (*defence mecanism*) seperti menghindar, menolak, impian, *displacement* dan lain-lain (Coyne et al.,1981; Samiun, 2006). Hubungan stress dan kejadian depresi seringkali melibatkan dukungan sosial (*social support*) yang tersedia dan digunakan lansia dalam menghadapi stressor. Ada bukti bahwa individu yang memiliki teman akrab dan dukungan emosional yang cukup, kurang mengalami depresi bila berhadapan dengan stress (Billings, et all, 1983; Samiun, 2006).

2. Pendekatan Perilaku Belajar

Salah satu hipotesis untuk menjelaskan depresi pada lansia adalah individu yang kurang menerima hadiah (*reward*) atau penghargaan dan hukuman (*punishment*) yang lebih banyak dibandingkan individu yang tidak depresi (Lewinsohn, 1974; Libet & Lewinsohn, 1977; Samiun, 2006). Dampak dari kurangnya hadiah dan hukuman yang lebih banyak ini mengakibatkan lansia merasakan kehidupan yang kurang menyenangkan, kecenderungan memiliki *self-esteem* yang kurang dan mengembangkan *self-concept* yang rendah .

Hadiah dan hukuman bersumber dari lingkungan (orang-orang dan peristiwa sekitar) dan dari diri sendiri. Situasi akan bertambah buruk jika seseorang menilai hadiah yang diterima terlalu rendah dan hukuman yang diterima terlalu tinggi terutama untuk tingkah laku mereka sendiri, sehingga mengakibatkan ketidakseimbangan antara nilai *reward* dan *punishment* itu. Peran hadiah dan hukuman terhadap diri sendiri yang tidak tepat dapat menimbulkan depresi (Rehm, 1977; Wicoxon, et al., 1977; Samiun, 2006).

Faktor lain dari lingkungan yang berkenaan dari hadiah dan hukuman adalah jika seseorang pindah ketempat lain yang dapat mengakibatkan kehilangan sumber-sumber hadiah dan perubahan dari tingkah laku yang mendapat hadiah sehingga aktifitas yang sebelumnya dihadiahi menjadi tidak berguna. Standar untuk hadiah dan hukuman yang meningkat menyebabkan performansi yang diperlukan untuk mendapat hadiah lebih tinggi. Kehilangan hadiah yang sebelumnya diterima dapat menyebabkan depresi apabila sumber alternatif untuk mendapat hadiah tidak ditemukan.

3. Pendekatan Kognitif

Menurut Beck (1967; 1976); Samiun (2006), seseorang yang mengalami depresi karena memiliki kemapanan kognitif yang negatif (*negative cognitive sets*) untuk menginterpretasikan diri sendiri, dunia dan masa depan mereka. Misalnya, seseorang yang berhasil mendapatkan pekerjaan akan mengabaikan keberhasilan tersebut dan menginterpretasikan sebagai sesuatu yang kebetulan dan tetap memikirkan kegagalannya. Akibat dari persepsi yang negatif itu, individu akan memiliki *self-concept* sebagai orang yang gagal, menyalahkan diri, merasa masa depannya suram dan penuh dengan kegagalan. Masalah utama pada lansia yang depresi adalah kurangnya rasa percaya diri (*self-confidence*) akibat persepsi diri yang negatif (Townsend, 1998).

Negative cognitive sets digunakan individu secara otomatis dan tidak menyadari adanya distorsi pemikiran dan adanya interpretasi alternatif yang lebih positif, sehingga menyebabkan tingkat aktifitas berkurang karena merasa tidak ada alasan berusaha. Individu menjadi tidak dapat mengontrol aspek-aspek negatif dari kehidupannya dan merasa tidak berdaya (*helplessness*). Perasaan ketidakberdayaan ini yang menyebabkan depresi (Abramson, 1978; Peterson & Seligman, 1984; Samiun, 2006).

Menurut Kaplan et al (1997), Interpretasi yang keliru (*misinterpretation*) kognitif yang sering adalah melibatkan distorsi negatif pengalaman hidup, penilaian diri yang negatif, pesimistis dan keputusasaan. Pandangan negatif dan ketidakberdayaan yang dipelajari (*learned helplessness*) tersebut selanjutnya menyebabkan perasaan depresi. Pengalaman awal memberikan dasar pemikiran diri yang negatif dan ketidakberdayaan ini, seperti pola asuh orangtua, kritik yang terus menerus tanpa diimbangi dengan pujian, dan kegagalan-kegagalan yang sering dialami individu (Beck, et al., 1979; Samiun, 2006).

4. Pendekatan Humanistik-Eksistensial

Teori humanistik dan eksistensial berpendapat bahwa depresi terjadi karena adanya ketidakcocokan antara *reality self* dan *ideal self*. Individu yang menyadari jurang yang dalam antara *reality self* dan *ideal self* dan tidak dapat dijangkau, sehingga menyerah dalam kesedihan dan tidak berusaha mencapai aktualisasi diri.

Menyerah merupakan faktor yang penting terjadinya depresi. Individu merasa tidak ada lagi pilihan dan berhenti hidup sebagai seseorang yang *real*. Pada lansia yang gagal untuk

bereksistensi diri menyadari bahwa mereka tidak mau berada pada kondisinya sekarang yang mengalami perubahan dan kurang mampu menyesuaikan diri, sehingga merasa kehidupan fisik mereka segera berakhir. Kegagalan bereksistensi ini merupakan suatu kematian simbolis sebagai seseorang yang *real*.

5. Pendekatan Fisiologis

Teori fisiologis menerangkan bahwa depresi terjadi karena aktifitas neurologis yang rendah (neurotransmiter norepinefrin dan serotonin) pada sinaps-sinaps otak yang berfungsi mengatur kesenangan. Neurotransmiter ini memainkan peranan yang penting dalam fungsi hipothalamus, seperti mengontrol tidur, selera makan, seks dan tingkah laku motor (Sachar, 1982; Samiun, 2006), sehingga seringkali seseorang yang mengalami depresi disertai dengan keluhan-keluhan tersebut.

Pendekatan genetik terhadap kejadian depresi dengan penelitian saudara kembar. Monozigotik Twins (MZ) beresiko mengalami depresi 4,5 kali lebih besar (65%) daripada kembar bersaudara (Dizigotik Twins/DZ) yang 14 % (Nurberger & Gershon, 1982; Samiun, 2006). Secara keseluruhan dapat dikatakan bahwa secara genetik depresi itu diturunkan.

Menurut Mangoenprasodjo (2004), depresi pada lansia merupakan perpaduan interaksi yang unik dari berkurangnya interaksi sosial, kesepian, masalah sosial ekonomi, perasaan rendah diri karena penurunan kemampuan diri, kemandirian, dan penurunan fungsi tubuh, serta kesedihan ditinggal orang yang dicintai, faktor kepribadian, genetik, dan faktor biologis penurunan neuron-neuron dan neurotransmiter diotak. Perpaduan ini sebagai faktor terjadinya depresi pada lansia. Kompleksitasnya perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia, sehingga seringkali depresi pada lansia dianggap sebagai hal yang wajar terjadi.

G. Depresi Lanjut Usia pada Pasca Kuasa (*Post Power Syndrome*)

Depresi pada pasca kuasa adalah perasaan sedih yang mendalam yang dialami seseorang setelah mengalami pensiun. Salah satu faktor penyebab depresi pada pasca kuasa adalah karena adanya perubahan yang berkaitan dengan pekerjaan atau kekuasaan ketika pensiun. Meskipun tujuan ideal pensiun adalah agar para lansia dapat menikmati hari tua atau jaminan hari tua, namun dalam kenyataannya sering diartikan sebaliknya, karena pensiun sering dirasakan sebagai kehilangan penghasilan, kedudukan, jabatan, peran, kegiatan, status dan harga diri (Rini J, 2001). Menurut Kuntjoro (2002), reaksi setelah orang memasuki masa pensiun lebih tergantung dari model kepribadiannya. Untuk mensiasati agar masa pensiun tidak merupakan beban mental lansia, jawabannya sangat tergantung pada sikap dan mental individu dalam masa pensiun, dalam kenyataannya ada yang menerima ada yang takut kehilangan ada yang merasa senang memiliki jaminan hari tua dan ada juga yang seolah-olah acuh terhadap pensiun (pasrah). Masing-masing sikap tersebut sebenarnya punya

dampak bagi masing-masing individu baik positif maupun negatif. Dampak positif lebih menentramkan diri lansia dan dampak negatif akan mengganggu kesejahteraan hidup .

Secara umum peristiwa kehidupan meliputi kehilangan harga diri, gangguan interpersonal, peristiwa sosial yang tidak diinginkan dan gangguan pola kehidupan yang besar. Kejadian yang tidak diinginkan juga sering menjadi faktor presipitasi depresi. Kejadian dimasa lampau (perpisahan dan segala macam kehilangan) lebih sering memperburuk gejala kejiwaan, perubahan kesehatan fisik, gangguan penampilan peran sosial dan depresi (Stuart dan Laraira, 1998).

Menurut Hawari (1996) orang yang mempunyai jabatan adalah orang yang mempunyai kekuasaan, wewenang, dan kekuatan (*power*). Orang yang kehilangan jabatan berarti orang yang kehilangan kekuasaan dan kekuatan (*powerless)*, artinya sesuatu yang dimiliki dan dicintai kini telah tiada (l*oss of love object*). Dampak dari l*oss of love object* ini adalah terganggunya keseimbangan mental/emosional dengan manifestasi berbagai keluhan fisik, kecemasan dan terlebih-lebih depresi. Keluhan-keluhan tersebut diatas disertai dengan perubahan sikap dan perilaku, merupakan kumpulan gejala yang disebut sindroma pasca kuasa (p*ost power syndrome*). Perubahan sikap dan perilaku tersebut merupakan dampak atau keluhan psikososial dari orang yang baru kehilangan jabatan atau kekuasaan.

Kehilangan jabatan atau kekuasaan berarti perubahan posisi, yang dahulu kuat kini merasa lemah. Perubahan posisi ini mengakibatkan perubahan dalam alam fikir (rasio) dan alam perasaan pada diri yang bersangkutan. Kalau keluhan-keluhan yang bersifat fisik (somatik) dan kejiwaan (kekecewaan atau depresi) itu sifatnya kedalam, tertutup dan tidak terbuka maka keluhan psikososial inilah yang sering menampakkan diri dalam bentuk ucapan maupun sikap dan perilaku.

Keluhan-keluhan psikososial terjadi disebabkan karena perubahan posisi yang mengakibatkan perubahan persepsi dari diri yang bersangkutan terhadap kondisi psikososial diluar dirinya. Guna menghindari rasa kecewa dan tidak senang itu, orang menggunakan mekanisme defensif antara lain berupa mekanisme proyeksi dan rasionalisasi itulah maka terjadi perubahan persepsi seseorang terhadap kondisi psikososial sekelilingnya. Menurut Maramis (1995), bahwa stres psikologi terutama pada jiwa, seperti kecemasan, kekecewaan dan rasa bersalah yang menimbulkan mekanisme penyesuaian psikologis. Mungkin pada sewaktu-waktu, hanya gejala badaniah atau gejala psiokologik saja yang menonjol, tetapi ita harus mengingat bahwa manusia itu senantiasa bereaksi secara holistik, yaitu bahwa seluruh manusia itu terlibat dalam hal ini.

Karena manusia bereaksi secara holistik, maka depresi terdapat juga komponen psikologi dan komponen somatik. Gejala-gejala psikologik ialah menjadi pendiam, rasa sedih, pesimistis, putus asa, nafsu bekerja dan bergaul kurang, tidak dapat mengambil keputusan lekas lupa timbul pikiran bunuh diri. Sedangkan gejala badaniah ialah penderita kelihatan tidak senang, lelah tak bersemangat atau apatis, bicara dan gerak-geriknya pelan dan kurang hidup, terdapat anoreksia (kadang-kadang makan terlalu banyak sebagai pelarian), insomnia (sukar untuk tertidur) dan konstipasi.

H. Faktor-Faktor yang Menyebabkan Depresi pada Lanjut Usia yang Tinggal di Institusi

Terjadinya depresi pada lanjut usia yang tinggal dalam institusional seperti tinggal di panti werdha:

1. Faktor Psikologis

Motivasi masuk panti werdha sangat penting bagi lanjut usia untuk menentukan tujuan hidup dan apa yang ingin dicapainya dalam kehidupan dipanti. Tempat dan situasi yang baru, orang-orang yang belum dikenal, aturan dan nilai-nilai yang berbeda, dan keterasingan merupakan *stressor* bagi lansia yang membutuhkan penyesuaian diri. Adanya keinginan dan motivasi lansia untuk tinggal dipanti akan membuatnya bersemangat meningkatkan toleransi dan kemampuan adaptasi terhadap situasi baru.

Menurut Maramis (1995), pada lanjut usia permasalahan yang menarik adalah kurangnya kemampuan dalam beradaptasi secara psikologis terhadap perubahan yang terjadi pada dirinya. Penurunan kemampuan beradaptasi terhadap perubahan dan stress lingkungan sering menyebabkan depresi. Hubungan stress dan kejadian depresi seringkali melibatkan dukungan sosial (*social support*) yang tersedia dan digunakan lansia dalam menghadapi stressor. Ada bukti bahwa individu yang memiliki teman akrab dan dukungan emosional yang cukup, kurang mengalami depresi bila berhadapan dengan stress (Billings, et all, 1983; Samiun, 2006).

Rasa kurang percaya diri atau tidak berdaya dan selalu menganggap bahwa hidupnya telah gagal karena harus menghabiskan sisa hidupnya jauh dari orang-orang yang dicintai mengakibatkan lansia memandang masa depan suram dan selalu menyesali diri, sehingga mempengaruhi kemampuan lansia dalam beradaptasi terhadap situasi baru tinggal di institusi.

2. Faktor Psikososial

Kunjungan keluarga yang kurang, berkurangnya interaksi sosial dan dukungan sosial mengakibatkan penyesuaian diri yang negatif pada lansia. Menurunnya kapasitas hubungan keakraban dengan keluarga dan berkurangnya interaksi dengan keluarga yang dicintai dapat menimbulkan perasaan tidak berguna, merasa disingkirkan, tidak dibutuhkan lagi dan kondisi ini dapat berperan dalam terjadinya depresi. Tinggal di institusi membuat konflik bagi lansia antara integritas, pemuasan hidup dan keputusasaan karena kehilangan dukungan sosial yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk memelihara dan mempertahankan kepuasan hidup dan *self-esteem*nya sehingga mudah terjadi depresi pada lansia (Stoudemire, 1994).

Kemampuan adaptasi dan lamanya tinggal dipanti mempengaruhi terjadinya depresi. Sulit bagi lansia meninggalkan tempat tinggal lamanya. Pada lansia yang harus meninggalkan rumah tempat tinggal lamanya (relokasi) oleh karena masalah kesehatan atau sosial ekonomi merupakan pengalaman yang traumatik karena berpisah dengan kenangan lama dan pertalian persahabatan yang telah memberikan perasaan aman dan stabilitas sehingga sering

mengakibatkan lansia merasa kesepian dan kesendirian bahkan kemerosotan kesehatan dan depresi (Friedman, 1995).

Pekerjaan diwaktu muda dulu yang berkaitan dengan peran sosial dan pekerjaannya yang hilang setelah memasuki masa lanjut usia dan tinggal di institusi mengakibatkan hilangnya gairah hidup, kepuasaan dan penghargaan diri. Lansia yang dulunya aktif bekerja dan memiliki peran penting dalam pekerjaannya kemudian berhenti bekerja mengalami kesulitan penyesuaian diri dengan peran barunya sehingga seringkali menjadi tidak percaya diri dan rendah diri (Rini, 2001).

3. Faktor Budaya

Perubahan sosial ekonomi dan nilai sosial masyarakat, mengakibatkan kecenderungan lansia tersisihkan dan terbengkalai tidak mendapatkan perawatan dan banyak yang memilih untuk menaruhnya di panti lansia (Darmojo & Martono, 2004). Pergeseran sistem keluarga (*family system*) dari *extendend family* ke *nuclear family* akibat industrialisasi dan urbanisasi mengakibatkan lansia terpinggirkan. Budaya industrialisasi dengan sifat mandiri dan individualis menganggap lansia sebagai "*trouble maker*" dan menjadi beban sehingga langkah penyelesaiannya dengan menitipkan di panti. Akibatnya bagi lansia memperburuk psikologisnya dan mempengaruhi kesehatannya.

Tinggal di panti werdha harusnya merupakan alternatif yang terakhir bagi lansia, karena tinggal dalam keluarga adalah yang terbaik bagi lansia sesuai dengan tugas perkembangan keluarga yang memiliki lansia untuk mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan dan mempertahankan ikatan keluarga antargenerasi (Duvall 1985 yang dikutip oleh Friedman, 1998).

I. Skala Pengukuran Depresi pada Lanjut Usia

Depresi dapat mempengaruhi perilaku dan aktivitas seseorang terhadap lingkungannya. Gejala depresi pada lansia diukur menurut tingkatan sesuai dengan gejala yang termanifestasi. Jika dicurigai terjadi depresi, harus dilakukan pengkajian dengan alat pengkajian yang terstandarisasi dan dapat dipercayai serta valid dan memang dirancang untuk diujikan kepada lansia. Salah satu yang paling mudah digunakan dan diinterpretasikan di berbagai tempat, baik oleh peneliti maupun praktisi klinis adalah ***Geriatric Depression Scale*** **(GDS)**. Alat ini diperkenalkan oleh Yesavage dkk. pada tahun 1983 dengan indikasi utama pada lanjut usia, dan memiliki keunggulan mudah digunakan dan tidak memerlukan ketrampilan khusus dari pengguna. Instrumen GDS ini memiliki sensitivitas 84 % dan *specificity* 95 %. Tes reliabilitas alat ini *correlates significantly of* 0,85 (Burns, 1999). Alat ini terdiri dari 30 poin pertanyaan dibuat sebagai alat penapisan depresi pada lansia. GDS menggunakan format laporan sederhana yang diisi sendiri dengan menjawab "**ya**" atau "**tidak**" setiap pertanyaan, yang memerlukan waktu sekitar 5-10 menit untuk menyelesaikannya. GDS merupakan alat psikomotorik dan

tidak mencakup hal-hal somatik yang tidak berhubungan dengan pengukuran mood lainnya. Skor 0 - 10 menunjukkan tidak ada depresi, nilai 11 – 20 menunjukkan depresi ringan dan skor 21-30 termasuk depresi sedang/berat yang membutuhkan rujukan guna mendapatkan evaluasi psikiatrik terhadap depresi secara lebih rinci, karena GDS hanya merupakan alat penapisan. Spesifikasi rancangan pernyataan perasaan (*mood*) depresi seperti tabel berikut:

Tabel
Spesifikasi rancangan kuesioner GDS

Parameter / Butir soal	Favorable	Unfavorable
Minat aktifitas	2, 12, 20, 28	27
Perasaan sedih	16, 25	9, 15, 19
Perasaan sepi dan bosan	3, 4,	
Perasaan tidak berdaya	10, 17, 24	
Perasaan bersalah	6, 8, 11, 18, 23	1,
Perhatian/konsentrasi	14, 26,30	29
Semangat atau harapan terhadap masa depan	13, 22	5, 7, 21

Skoring nilai 1 diberikan pada pernyataan *favourable* untuk jawaban ”ya” dan nilai 0 untuk jawaban ”tidak”, sedangkan untuk pernyataan *unfavourable*, jawaban ”tidak” diberi nilai 1 dan jawaban ”ya” diberi nilai 0.

Assasment Tool geriatric depression scale (GDS) untuk mengkaji depresi pada lansia sebagai berikut:

No.	Pernyataan	Ya	Tidak
1.	Apakah bapak/ibu sekarang ini merasa puas dengan kehidupannya?		
2.	Apakah bapak/ibu telah meninggalkan banyak kegiatan atau kesenangan akhir-akhir ini?		
3	Apakah bapak/ibu sering merasa hampa/kosong didalam hidup ini?		
4.	Apakah bapak/ibu sering merasa bosan?		
5.	Apakah bapak/ibu merasa mempunyai harapan yang baik di masa depan?		
6.	Apakah bapak/ibu mempunyai pikiran jelek yang menganggu terus menerus?		
7.	Apakah bapak/ibu memiliki semangat yang baik setiap saat?		
8.	Apakah bapak/ibu takut bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda?		
9.	Apakah bapak/ibu merasa bahagia sebagian besar waktu?		
10.	Apakah bapak/ibu sering merasa tidak mampu berbuat apa-apa?		

No.	Pernyataan	Ya	Tidak
11.	Apakah bapak/ibu sering merasa resah dan gelisah?		
12.	Apakah bapak/ibu lebih senang tinggal dirumah daripada keluar dan mengerjakan sesuatu?		
13.	Apakah bapak/ibu sering merasa khawatir tentang masa depan?		
14.	Apakah bapak/ibu akhir-akhir ini sering pelupa?		
15.	Apakah bapak/ibu pikir bahwa hidup bapak/ibu sekarang ini menyenangkan?		
16.	Apakah bapak/ibu sering merasa sedih dan putus asa?		
17.	Apakah bapak/ibu merasa tidak berharga akhir-akhir ini?		
18.	Apakah bapak/ibu sering merasa khawatir tentang masa lalu?		
19.	Apakah bapak/ibu merasa hidup ini menggembirakan?		
20.	Apakah sulit bagi bapak/ibu untuk memulai kegiatan yang baru?		
21.	Apakah bapak/ibu merasa penuh semangat?		
22.	Apakah bapak/ibu merasa situasi sekarang ini tidak ada harapan?		
23.	Apakah bapak/ibu berpikir bahwa orang lain lebih baik keadaannya daripada bapak/ibu?		
24.	Apakah bapak/ibu sering marah karena hal-hal yang sepele?		
25.	Apakah bapak/ibu sering merasa ingin menangis?		
26.	Apakah bapak/ibu sulit berkonsentrasi?		
27.	Apakah bapak/ibu merasa senang waktu bangun tidur dipagi hari?		
28.	Apakah bapak/ibu tidak suka berkumpul di pertemuan sosial?		
29.	Apakah mudah bagi bapak/ibu membuat suatu keputusan?		
30.	Apakah pikiran bapak/ibu masih tetap mudah dalam memikirkan sesuatu seperti dulu?		

J. Upaya Penanggulangan Depresi pada Lansia

Dalam pendekatan pelayanan kesehatan pada kelompok lanjut usia sangat perlu ditekankan pendekatan yang mencakup fisik, psikologis, spiritual dan sosial. Hal tersebut karena pendekatan dari satu aspek saja tidak akan menunjang pelayanan kesehatan pada lanjut usia yang membutuhkan suatu pelayanan yang komprehensif. Pendekatan inilah yang dalam bidang kesehatan jiwa *(mental health)* disebut pendekatan *eclectic holistik*, yaitu suatu pendekatan yang tidak tertuju pada kondisi fisik saja, akan tetapi juga mencakup aspek *psychological*, psikososial, spiritual dan lingkungan yang menyertainya. Pendekatan Holistik adalah pendekatan yang menggunakan semua upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan lanjut usia, secara utuh dan menyeluruh (Hawari,1996).

Ada beberapa upaya penanggulangan depresi dengan *eclectic holistic approach*, di antaranya:

1. Pendekatan Psikodinamik

Fokus pendekatan psikodinamik adalah penanganan terhadap konflik-konflik yang berhubungan dengan kehilangan dan stress. Upaya penanganan depresi dengan mengidentifikasi kehilangan dan stress yang menyebabkan depresi, mengatasi, dan mengembangkan cara-cara menghadapi kehilangan dan stressor dengan psikoterapi yang bertujuan untuk memulihkan kepercayaan diri (s*elf confidence*) dan memperkuat ego. Menurut Kaplan et all (1997), pendekatan ini tidak hanya untuk menghilangkan gejala, tetapi juga untuk mendapatkan perubahan struktur dan karakter kepribadian yang bertujuan untuk perbaikan kepercayaan pribadi, keintiman, mekanisme mengatasi stressor, dan kemampuan untuk mengalami berbagai macam emosi.

Pendekatan keagamaan (spiritual) dan budaya sangat dianjurkan pada lansia. Pemikiran-pemikiran dari ajaran agama apapun mengandung tuntunan bagaimana dalam kehidupan di dunia ini manusia tidak terbebas dari rasa cemas, tegang, depresi, dan sebagainya. Demikian pula dapat ditemukan dalam do'a-do'a yang pada intinya memohon pada Tuhan agar dalam kehidupan ini manusia diberi ketenangan, kesejahteraan dan keselamatan baik di dunia dan di akhirat (Hawari,1996).

2. Pendekatan Perilaku Belajar

Penghargaan atas diri yang kurang akibat dari kurangnya hadiah dan berlebihnya hukuman atas diri dapat diatasi dengan pendekatan perilaku belajar. Caranya dengan identifikasi aspek-aspek lingkungan yang merupakan sumber hadiah dan hukuman. Kemudian diajarkan ketrampilan dan strategi baru untuk mengatasi, menghindari, atau mengurangi pengalaman yang menghukum, seperti assertive training, latihan ketrampilan sosial, latihan relaksasi, dan latihan manajemen waktu. Usaha berikutnya adalah peningkatan hadiah dalam hidup dengan *self-reinforcement*, yang diberikan segera setelah tugas dapat diselesaikan.

Menurut Samiun (2006), ada tiga hal yang perlu diperhatikan dalam pemberian hadiah dan hukuman, yaitu tugas dan tehnik yang diberikan terperinci dan spesifik untuk aspek hadiah dan hukuman dari kehidupan tertentu dari individu. Tehnik ini dapat untuk mengubah tingkah laku supaya meningkatkan hadiah dan mengurangi hukuman, serta individu harus diajarkan ketrampilan yang diperlukan untuk meningkatkan hadiah dan mengurangi hukuman.

3. Pendekatan Kognitif

Pendekatan ini bertujuan untuk mengubah pandangan dan pola pikir tentang keberhasilan masa lalu dan sekarang dengan cara mengidentifikasi pemikiran negatif yang mempengaruhi suasana hati dan tingkah laku, menguji individu untuk menentukan apakah pemikirannya benar dan menggantikan pikiran yang tidak tepat dengan yang lebih baik (Beck, et al, 1979; Samiun, 2006). Dasar dari pendekatan ini adalah kepercayaan (*belief*) individu

yang terbentuk dari rangkaian verbalisasi diri (*self-talk*) terhadap peristiwa/pengalaman yang dialami yang menentukan emosi dan tingkah laku diri.

Menurut Kaplan et all (1997), upaya pendekatan ini adalah menghilangkan episode depresi dan mencegah rekuren dengan membantu mengidentifikasi dan uji kognisi negatif, mengembangkan cara berpikir alternatif, fleksibel dan positif, serta melatih kembali respon kognitif dan perilaku yang baru dan penguatan perilaku dan pemikiran yang positif.

4. Pendekatan Humanistik Eksistensial

Tugas utama pendekatan ini adalah membantu individu menyadari keberadaannya didunia ini dengan memperluas kesadaran diri, menemukan dirinya kembali dan bertanggungjawab terhadap arah hidupnya. Dalam pendekatan ini, individu yang harus berusaha membuka pintu menuju dirinya sendiri, melonggarkan belenggu deterministik yang menyebabkan terpenjara secara psikologis (Corey, 1993; Samiun, 2006). Dengan mengeksplorasi alternatif ini membuat pandangan menjadi real, individu menjadi sadar siapa dia sebelumnya, sekarang dan lebih mampu menetapkan masa depan.

5. Pendekatan Farmakologis

Dari berbagai jenis upaya untuk gangguan depresi ini, maka terapi psikofarmaka (farmakoterapi) dengan obat anti depresan merupakan pilihan alternatif. Hasil terapi dengan obat anti depresan adalah baik dengan dikombinasikan dengan upaya psikoterapi.

BAB 25

Asuhan Keperawatan pada Lanjut Usia dengan Dementia

A. Latar Belakang

Lanjut usia tidak identik dengan pikun (dementia) dan perlu diketahui bahwa pikun bukanlah hal yang normal pada proses penuaan. Lansia dapat hidup normal tanpa mengalami berbagai gangguan memori dan perubahan tingkah laku seperti dialami oleh lansia dengan demensia. Sebagian besar orang mengira bahwa demensia adalah penyakit yang diderita oleh lansia. Tapi kenyataanya demensia dapat diderita oleh siapa saja dari semua tingkat usia dan jenis kelamin.

Berdasarkan sejumlah hasil penelitian diperoleh data bahwa demensia sering kali terjadi pada lansia yang telah berumur ± 60 tahun. Demensia dibagi menjadi dua kategori, yaitu: 1) Demensia senilis (≥ 60 tahun), 2) Demensia prasenilis (≤ 60 tahun). Sekitar 56,8 % lansia mengalami demensia dalam bentuk demensia Alzhemeir (4 % dialami lansia yang telah berusia 75 tahun, 16 % pada usia 85 tahun, dan 32 % pada usia 90 tahun). Sampai saat ini diperkirakan ± 30 juta penduduk dunia mengalami demensia dengan berbagai sebab.

Gangguan kognitif salah satunya demensia atau pikun merupakan kumpulan gejala yang menghasilkan kehilangan kemampuan kognitif mencakup daya ingat tentang diri sendiri, orang lain, waktu, tempat dan aktivitas sehari-hari. Hal ini dapat mengakibatkan para lansia menjadi merasa asing dan menjadi pencetus terjadinya ansietas pada lansia.

B. Pengertian Dementia

Demensia dapat diartikan sebagai gangguan kognitif dan memori yang dapat mempengaruhi aktifitas sehari-hari. Grayson (2004) menyebutkan bahwa demensia bukanlah sekedar penyakit biasa, melainkan kumpulan gejala yang disebabkan beberapa penyakit atau kondisi tertentu sehingga terjadi perubahan kepribadian dan tingkah laku (*e_psikologi.com)*

Demensia adalah keadaan dimana seseorang mengalami penurunan kemampuan daya ingat dan daya pikir, dan penurunan kemampuan tersebut menimbulkan gangguan terhadap fungsi kehidupan sehari-hari. Kumpulan gejala yang ditandai dengan penurunan kognitif, perubahan mood dan tingkah laku sehingga mempengaruhi aktivitas kehidupan sehari-hari penderita.

C. Etiologi

Penyebab demensia yang *reversible* sangat penting diketahui karena pengobatan yang baik pada penderita dapat kembali menjalankan kehidupan sehari-hari yang normal. Untuk mengingat berbagai keadaan tersebut telah dibuat suatu "*jembatan keledai*" sebagai berikut:

D → drugs (obat)
Obat sedative
Obat penenang minor atau mayor
Obat anti konvulsan
Obat anti depresan
Obat anti hipertensi
Obat anti aritmia

E → emotional (gangguan emosi, ex: derpesi, dll)

M → Metabolik dan endokrin
Seperti: DM
Hipoglikemi
Gangguan ginjal
Gangguan hepar
Gangguan tiroid
Gngguan elektrolit

E → Eye & Ear (disfungsi mata dan telinga)

N → nutritional
Kekurangan vitamin B6 (pellagra)
Kekurangan vitamin B1 (sindrom wernicke)
Kekurangan vitamin B12 (anemia pernisiosa)
Kekurangan asam folat

T → tumor dan trauma

I → infeksi
Ensefalitis oleh virus, contoh: herpes simplek.
Bakteri, contoh; oleh pnemokok
TBC
Parasit
Fungus
Abses otak dan
Neurosifilis

A → Arterosklerosis (komplikasi penyakit aterosklerosis, missal: infark mikard, gagal jantung, dll) dan alcohol.

Keadaan yang secara potensial *reversible* atau yang bisa dihentikan seperti:

- Intoksikasi (obat, termasuk alcohol, dll)
- Infeksi susunan saraf pusat
- Ganguan metabolic
- Gangguan vaskuler (demensia multi-infark, dll)
- Lesi desak ruang;
  Hematoma subdural akut/kronis
  Metastase neoplasma
  Hidrosefalus yang bertekanan normal
  Depresi (pseudo-demensia depresif)

Penyebab dari demensia non *reversible:*

1. Penyakit degeneratif:
   - Penyakit Alzhemeir
   - Demensia yang berhubungan dengan badan Lewy
   - Penyakit pick
   - Penyakit Huntington
   - Kelumpuhan supranuklear progresif
   - Penyakit Parkinson, dll

2. Penyakit vaskuler**:**
   - Penyakit serebrovaskuler oklusif (demensia multi-infark)
   - Penyakit Binswanger
   - Embolisme serebral
   - Arteritis
   - Anoksia sekunder akibat henti jantung, gagal jantung akibat intoksikasi karbon monoksida

3. Demensia traumatic
   - Perlukaan kranio-serebral
   - Demensia pugilistika

4. Infeksi
   - Sindrom defisiensi imun dapatan (AIDS)
   - Infeksi opportunistic
   - Penyakit creutzfeld-jacob progresif
   - Kokeonsefalopati multi fokal progresif
   - Demensia pasca ensefalitis

Sebagian besar peneliti dalam risetnya sepakat bahwa penyebab utama dari gejala demensia adalah penyakit Alzheimer, penyakit vaskuler (pembuluh darah), demensia leury body, demensia frontotemporer dan 10% diantaranya disebabkan oleh penyakit lain. Penyakit yang dapat menyebabkan timbulnya gejala demensia ada 7S, sebagian dapat disembuhkan dan sebagian besar tidak dapat disembuhkan. 50%-60% penyebab demensia adalah penyakit Alzheimer. Alzeimer adalah kondisi dimana sel saraf pada otak mati sehingga membuat signal dari otak tidapat ditransmisikan sebagaimana mestinya.

D. Karakteristik Dementia

Menurut john (1994) bahwa lansia yang mengalami demensia juga akan mengalami keadaan yang sama seperti orang depresi yaitu akan mengalami deficit aktivitas kehidupan sehari-hari (AKS). Gejala yang sering menyertai demensia adalah

a. gejala awal :
   - Kinerja mental menurun
   - Fatique
   - Mudah lupa
   - Gagal dalam tugas
b. Gejala lanjut:
   - Gangguan kognitif
   - Gangguan afektif
   - Gangguan perilaku
c. Gejala Umum:
   - Mudah lupa
   - Aktivitas sehari-hari terganggu
   - Disorientasi
   - Cepat marah
   - Kurang konsentrasi
   - Resti jatuh, dll.

E. Klasifikasi Dementia

1. Demensia Senilis

Kekurangan peredaran darah ke otak serta pengurangan metabolisme dan O2 yang menyertainya merupakan penyebab kelainan anatomis diotak. Pada banyak orang terdapat kelainan aterosklerosis seperti juga yang terdapat pada demensia senilis, tetapi tidak diketemukan gejala-gejala demensia. Otak mengecil terdapat suatu atrofi umum, terutama pada daerah frontal. Yang penting ialah jumlah sel berkurang. Kadang-kadang ada kelainan otak yang jelas, tetapi orang itu tidak psikotik, sebaliknya pada orang yang sudah jelas demensia kadang-kadang ada sedikit kelainan pada otak, jadi tidak selalu ada korelasi antara besarnya kelainan histology dan beratnya gangguan intelegensi.

1). Gejala:

- Biasanya sesudah umur 60 tahun baru timbul gejala-gejala yang jelas untuk membuat diagnosa demensia senilis. Penyakit jasmaniah atau gangguan emosi yang hebat dapat mempercepat kemunduran mental.
- Gangguan ingatan jangka pendek, lupa tentang hal-hal yang baru terjadi, merupakan gejala dini, juga kekurangan ide-ide dan gaya pemikiran abstrak. Yang menjadi egosentrik dan egoistic, lekas tersinggung dan marah-marah. Kadang-kadang timbul aktivitas seksual yang berlebihan atau yamng tidak pantas, sesuatu tanda control berkurang atau usaha untuk kompensasi psikologis.
- Penderita menjadi acuh tak acuh terhadap pakaian dan rupanya. Ia menyimpan barang-barang yang tidak berguna, mungkin timbul waham bahwa ia akan dirampok, akan diracuni atau ia miskin sekali atau tidak disukaiorang.
- Orientasi terganggu dan ia mungkin pergi dari rumah dan tidak mengetahui jalan pulang.
- Penilaianya berkurang sehingga ia dapat menyukarkan dan membahayakan lalu lintas dijalan. Ia mungkin jadi korban penjahat karena ia mudah diajak, umpamanya dalam hal penipuan dan sex.
- Banyak menjadi gelisah waktu malam, mereka berjalan-jalan tak bertujuan dan menjadi dekstruktif. Mungkin timbul delirium waktu malam, ini karena penglihatan yang terbatas diwaktu gelap bila penderita dengan demensia senilis ditaruh dalam kamar yang gelap, maka akan timbul disorientasi.
- Ingatan jangka pendek makin lama makin keras terganggu, maka makin lama makin banyak ia lupa, sehingga penderita hidup dalam alam pikiran sewaktu ia masih muda atau masih kecil.
- Gejala jasmani: kulit menjadi tipis, keriput, dan atrofis, BB mengurang, atrofi pada otot-otot, jalanya menjadi tidak stabil, suara kasar, dan bicaranya jadi pelan, dan tremor pada tangan dan kepala.

- Gejala psikoogis: sering hanya terdapat tanda kemunduran mental umum (demensia simplek). Tetapi tidak jarang juga terjadi kebingungan dan delirium, atau depresi atau serta agitasi. Ada yang menjadi paranoid. Pada presbiofrenia terutama dapat gangguan ingatan serta konvabu;lasi dan dapat dianggap sebagai satu jenis demensia senilis dan beberapa gejala yang menonjol dan sedikit lebih cepat.

2) Prognosa
Tidak baik, jalanya penyakit progresif, demensia makin lama makin berat sehingga akhirnya penderita hidup secara vegetatif saja, walaupun demikian penderita dapat hidup selama 10 tahun atau lebih setelah gejala-gejala menjadi nyata.

3) Diagnosa
Perlu dibedakan dari arterosklerosa otak, tapi kedua hal ini tidak jarang terjadi bersama-sama. Pada melankolia involusi tidak didapati tanda-tanda demensia. Kadang-kadang sindroma otak organic sebab uremia, anemia, payah jantung atau penyakit paru-paru dapat serupa dengan psikosa senilis.

4) Pengobatan
   a). Pertahankan perasaan aman dan harga diri, perhatikanlah dan cobalah memuaskan kebutuhan rasa kasih sayang , rasa masuk hitungan, tercvapainya sesuatu dan rasa p[enuh dibenarkan serta dihargai.
   b). Kamarnya jangan gelap gulita dan taruhlah barang-barang yang sudah ia kenal sejak dulu untuk mempermudah orientasinya.

2. Demensia Presenilis

Seperti namanya, maka gangguan ini gejala utamanya ialah seperti sebelum masa senile akan dibicarakan 2 macam demensia presenilis yaitu:

1) Penyakit Alzhemeir
Penyakit Alzhemeir ini biasanya timbul antara usia 50 – 60 tahun. Yang disebabkan oleh karena adanya degenerasi kortek yang difus pada otak dilapisan luar, terutama didaerah frontal dan temporal. Atrofi otak ini dapat dilihat pada pneumoensefalogram, system ventrikel membesar serta banyak hawa diruang subarachnoid.penyakit ini dimulai pelan sekali, tidak ada ciri yang khas pada gangguan integelensi atau pada kelainan perilaku. Terdapat disorientasi, gangguan ingatan, emosi yang lebih, kekliruan dalam berhitumg, dan pembicaraan sehari-hari dapat terjadi afasi, perseverasi (mengulang-ulang perkataan;perbuatan tanpa guna), pembicaraan logoklonia (pengulangan tiap suku kata akhir secara tidak teratur), dan bila sudah berat maka penderita tidak dapat dimengerti lagi. Ada yang jadi gelisah dan hiperaktif.

Kadang-kadang sepintas lalu timbul aproksia (kehi;angan kecakapan yang diperoleh sebelumnya untuk melakukan pekerjaan atau gerakan yang memerlukan ketrampilan), hemiplegi atau para plegi, parese pada muka dan spasme pada ekstremitas juga sering

terjadi sehingga pada stadium akhir timbul kontraktur. Pada fase ini sudah sangat dement dan tidak dapat diadakan kotak denganya lagi. Biasanya penyakit ini berlangsung selama 5 – 10 tahun.

2) Penyakit Pick

Secara patologis penyaklit ini ialah atrofi dan gliosis didaerah-daerah asosiatif. Daerah motorik, sensorik, dan daerah proyeksi secara relative dan banyak berubah. Yang tergangu ialah daerah kortek yang secara filogenptik lebih mudah dan yang penting buat fungsi asosiasi yang lebih tinggi. Sebab itu yang terutama terganggu ialah pembicaraan dan proses berfikir.

Penyakit ini mungkin herediter, diperkirakan terdapat factor menjadi pencetus dari sel-sel ganglion yang tertentu yaitu: yang genetic paling muda. Lobus frontalis menjadi demikian atrofis sehingga kadang kelihatan seperti ditekan oleh suatu lingkaran. Biasanya terjadi pada umur 45 – 60 tahun, yang termuda yang pernah diberitakan ialah 31 tahun.

Penyakit Pick terdapat 2 x lebih banyak pada kaum wanita dari pada kaum pria. Gejala permulaan: ingatan berkurang, kesukaran dalam pemikiran dan konsentrasi, kurang spontanitas, emosi menjadi tumpul. Penderita menjadi acuh tak acuh, kadang-kadang tidak dapat menyesuaikan diri serta menyelesaikan masalh dalam situasi yang baru.

Dalam waktu 1 tahun sudah terjadi demensia yang jelas. Ada yang efor, ada yang jadi susah dan curiga. Sering terdapat gejala fokal seperti afasia, aproksia, aleksia, agrafia, tetapi gejala ini sering diselubungi oleh demensia umum. Cirri afasia yang penting pada penyakit ini ialah terjadinya secara pelan-pelan (tidak mendadak seperti pada gangguan pembuluh darah otak), terdapatnya logorrhea yang spontan (yang tidak terdapat pada afasia sebab gangguan pembuluh darah). Tidak jarang ada echolalia dan reaksi stereotip.

Pada fase lanjut demensia menjadi hebat, terdapat inkontinensia, kemampuan buat berbicara hilang dan kekeksia yang berat. Biasanya penderita meninggal dalam waktu 4 – 6 tahun karena suatu penyakit infeksi tambahan.

Sampai sekarang tidak ada pengobatan terhadap kasus demensia presenilis. Dapat direncanakan bantuan yang simptomatik dalam lingkunagan yang memadai. Biar gelisah dapat dipertimbangkan pemberian obat psikotropik.

F. Pemeriksaan Dementia

Pemeriksaan penting yang harus dilakukan untuk penderita, mulai dari pengkajian latar belakang individu, pemeriksaan fisik, pengkajian saraf, pengkajian status mental dan sebagai penunjang juga diperlukan tes laboratorium. Pemeriksaan Portabel untuk Status Mental (PPSM = MMSE = *mini mental state examination*)

Daftar pertanyaan	Penilaian
1. Tanggal berapakah hari ini? (Bulan, tahun) 2. Hari apakah ini? 3. Apakah nama tempat ini? 4. berapa nomor telepon bapak/Ibu? (bila tidak ada telepon, dijalan apakah rumah bapak/ibu?) 5. Berapa umur Bapak/Ibu? 6. kapan bapak/Ibu lahir? (tanggal, bulan, tahun) 7. Siapakah nama gubernur kita? (wali kota/lurah/camat) 8. Siapakah nama gadis ibu anda? 9. Hitung mundur 3 – 3, mulai dari 20 !	0 -2 kesalahan = baik 3 – 4 kesalahan = gangguan intelek ringan 5 – 7 kesalahan = gangguan intelek sedang 8 – 10 kesalahan = gangguan intelek berat ▪ Bila penderita tak pernah sekolah, nilai kesalahan diperbolehkan +1 dari nilai diatas. ▪ Bila penderita sekolah lebih dari SMA, kesalahan yang diperbolehkan -1 dari siatas.

G Penanganan Pasien Dementia

Tindakan-tindakan yang sebaiknya dilakukan jika menghadapi pasien demensia ialah sebagai berikut:

a. Terapi obat dengan pengawasan dokter.
b. Intervensi non obat:

1) Intervensi lingkungan
   - penyesuaian fisik (bentuk ruangan, warna, alat yang tersedia).
   - Penyesuaian waktu (membuat jadual rutin)
   - Penyesuaian lingkungan malam hari (mandi air hangat, tidur teratur,).
   - Penyesuaian indra (mata, telinga)
   - Penyesuaian nutrisi (makan makanan denga gizi seimbang).
2) Intervensi perilaku

   Wandering
   a. Yakinkan dimana keberadaan pasien
   b. Berikan keleluasaan bergeraki didalam dan diluar rumah
   c. Gelang pengenal "hendaya memory"

   Agitasi dan Agresifitas

   Hindari situasi yang memprovokasi
   Hindari argumentasi
   Sikap kita tenang dan mantap
   Alihkan perhatian kehal lain

   Sikap dan pertanyaan yang berulang

   Tenang, dengarkan dengan baik, jawab dengan penuh pengertian. Bila masih berulang, acuhkan dan asahakan alihkan ke hal yang menarik.

Perilaku seksual yang tidak wajar/sesuai

Tenang dan bombing pasien keruang pribadinya

Alihkan ke hal yang menarik perhatianya

Bila didapatkan dalam keadaan telanjang, berilah pakaian atau selimut untuk menutup badanya. Bantu mengenakan baju kembali.

3) Intervensi psikologis
   a. Psiko terapi individual
   b. Psiko terapi kelompok
   c. Psiko terapi keluarga
4) Intervensi untuk "*care giver*" (pengasuh) diperlukan:
   a. Dukungan mental
   b. Pengembangan kemampuan adaptsi dan peningkatan kemandirian
   c. Kemampuanmenerima kenyataan
5) Intervensi yang dilakukan utnuk mengatasi mudah lupa:
   a. Lakukan latihan terus-menerus, berulang-ulang
   b. Tingkatkan perhatian
   c. Asosiasikan hal yang diingat denga hal yang sudah ada dalam otak.
6) Aktivitas keagamaan
7) Mengembangkan hobi yang ada seperti melukis, memasak, main musik, berkebun, fotografi.

H. Keperawatan Wandering (saat Matahari Terbenam) pada Lansia

Bila matahari terbenam pada lansia yang demensia harus dikaji: lapar, haus, nyeri, rasa tidak nyaman, ingin buang air, keamanannya dan kebutuhan akan kasih sayang.

Intervensi Keperawatan

Jaga atau awasi klien

Jaga atau atur kenyamanan klien.

Lakukan kontrol nyeri (teknik Distraksi) misalnya: Menggosok punggung, kompres hangat sentuhan lembut dan kolaborasi dalam pemberian analgesic non narkotik.

Jaga privacy klien.

Lakukan intervensi keperawatan yang dapat meningkatkan tidur klien yaitu dengan cara:

Kamar tidur yang agak gelap.

Hindarkan suara gaduh.

Mendengarkan musik lembut (sesuai kesukaan klien).

Hindarkan dari alkohol dan obat penenang (tidur).

Beri minuman hangat (susu hangat).

Kursi goyang.

Beri sentuhan lembut dan elusan pada puggung atau tangan klien.
Beri dorongan untuk melakukan aktivitas (yang disukai) 2-3 jam sebelum tidur.

Demi menjaga kesejahteraan para lansia dalam menikmati hari tua mereka, maka dalam pelayanan terhadap mereka perlu diperhatikan hal-hal sebagai berikut:

1. Kegiatan yang sifatnya kegiatan kognitif sebaiknya tetap diadakan sepanjang yang bersangkutan (lansia) masih bersedia
2. Untuk membantu daya ingat para lansia, sebaiknya di tempat-tempat yang strategis dalam pelayanan ditulis hari, tanggal dan sebagainya dengan huruf ukuran besar dan jelas.
3. Ditempat-tempat tertentu misalnya ruang tamu, kamar mandi, ruang makan, lemari pakaian dan sebagainya sebaiknya diberi tulisan atau tanda khusus yang mudah dikenali oleh para lansia.
4. Bentuk tempat tidur, kursi, pintu, jendela dan sebagainya yang sering kali mereka gunakan/lewati/pegang seyogyanya dibuat sederhana, kuat dan mudah dipergunakan. Bila perlu diberi alat bantu yang memudahkan untuk berjalan, bangun, duduk dan sebagainya. Hal tersebut sangat penting untuk menambah rasa aman mereka dan memperkecil bahaya.
5. Bentuk kamar mandi khusus sebaiknya dibuat untuk keperluan mereka, misalnya bak kamar mandi tidak terlalu dalam, tidak menggunakan tangga atau tanjakan. Demikian pula jamban dibuatkan sehinga mudah digunakan mereka dan pada dinding sebaiknya ada pegangan. Bila fasilitas terpenuhi mereka akan merasa aman dan bahayapun akan berkurang.
6. Pengaturan tempat duduk waktu makan, istirahat bersama sebaiknya mempermudah mereka untuk melakukan interaksi sosial. Hindari susunan kursi/tempat duduk yang saling membelakangi, karena akan membuat para lansia tidak dapat berinteraksi dengan leluasa. Satu kelompok diusahakan antara 4 sampai 6 orang untuk suatu kegiatan agar lebih efisien.

Biasakan mereka untuk memiliki kebiasaan yang positif misalnya buang sampah, meludah dan sebagainya pada tempat yang tersedia. Hindarkan mereka dari kebiasaan buruk seperti mengisolasi diri, menarik diri dari pergaulan dengan rekan-rekannya dan sebagainya.

I. Pencegahan Dementia pada Lanjut Usia

Masalah-masalah mental bukanlah merupakan bagian dari penuaan yang normal. Pemberi perawatan kesehatan, anggota keluarga, teman-teman lansia dan lansia itu sendiri dapat memusatkan perhatian pada pencegahan terjadinya masalah-masalah mental. Bagian dari masalah tersebut adalah adanya sikap terhadap penuaan yang terdapat dalam masyarakat,

berdasarkan pada pengetahuan yang kurang dan direfleksikan dengan rasa hormat yang kurang pada lansia.

Lansia dapat mengalami berbagai perubahan fisik, mental dan emosional seiring dengan bertambahnya usia mereka, tetapi adanya bantuan dan dukungan dari keluarga, teman-teman dan pemberi pelayanan kesehatan. Maka sebagian masalah mental dan emosional yang berat dapat dicegah.

1. Peran Keluarga

Keluarga merupakan masyarakat terkecil dimana lansia berada. Perubahan kejiwaan pada lansia akan mempengaruhi status kesehatan keluarga. Oleh karena itu keluarga dan lansia perlu mengetahui perubahan kejiwaan pada lansia agar dapat mencegah terjadinya gangguan jiwa pada lansia. Keterlibatan keluarga akan menentukan keberhasilan perawatan kesehatan jiwa lansia.

Peran keluarga yang lain:

1) Melakukan komunikasi yang terarah.
2) Mempertahankan kehangatan keluarga.
3) Membantu melakukan persiapan sehari-hari.
4) Membantu dalam hal transportasi.
5) Membantu memenuhi sumber-sumber keuangan.
6) Memberikan kasih sayang.

2. Peran Perawat

1. Di Rumah.
   Perawat perawatan kesehatan di rumah memiliki kesempatan dan tanggung jawab khusus untuk membantu mencegah kesepian, depresi, fobia, dan perilaku paranoid pada lansia yang tinggal di rumah, terutama mereka yang terisolasi dan memiliki keterbatasan atau tidak memiliki sistem dukungan sosial. Perawatan di rumah harus selalu memperhatikan adanya tanda dan gejala penganiayaan pada lansia oleh anggota keluarga atau pemberi pelayanan perawatan yang lain.
2. Di Rumah sakit.
   Perawat yang bekerja di rumah sakit memiliki tanggung jawab yang unik dalam perencanaan pulang dan pendidikan kesehatan pada klien lansia dan keluarganya. Klien lansia yang tidak sepenuhnya mengerti instruksi-instruksi tentang perawatan di rumah mungkin tidak bertanya kepada perawat karena takut dianggap bingung atau tidak dapat belajar karena usianya yang sudah tua. Konsekuensinya klien akan merasa cemas dan tidak berharga. Mereka ingin pulang ke rumah tetapi setelah tiba di rumah kemudian mengalami beberapa masalah karena mereka tidak mengerti instruksi pada saat pulang. Mereka menjadi sangat ketakutan atau tertekan sehingga komplikasi dapat

terjadi. Instruksi yang jelas, spesifik dan ditulis dengan huruf berukuran besar adalah sangat penting, terutama jika berhubungan dengan pengobatan dan tindakan. Sehingga hospitalisasi ulang tidak perlu terjadi.

Tindakan Keperawatan:

1. Pasien dengan agitasi dan agresifitas.
   1) Hindari situasi yang memprovokasi dan adu argumentasi.
   2) Tenangkan pasien dengan suara mantap.
   3) Gunakan sentuhan bila perlu.
   4) Ambil posisi yang tidak mengancam pasien.
   5) Alihkan perhatian pada hal lain.
   6) Hindari pengikatan secara fisik.
2. Pasien dengan wandering.
   1) Jelaskan pada pasien dimana ia berada saat ini, mengapa ia sampai disini.
   2) Tanyakan pada pasien hendak kemana.
   3) Usahakan keleluasaan gerak didalam dan diluar ruangan, gunakan kunci, alarm agar pasien tidak keluyuran sendirian.
   4) Jika pasien masih mampu membaca secarik kertas "tetap tenang dan jangan kemana-mana", " Hubungi nomor telepon berikut".
   5) Pakaikan gelang dengan tulisan "Memory Impairment", sehingga orang melihat dapat memberi pertolongan.
3. Pasien dengan perilaku memalukan.
   1) Jika pasien terlanjang: berikan padanya selimut atau jbah dan bantu pasien untuk mengenakannya.
   2) Jika pasien mastrubasi: jangan menunjukkan kemerahan atau kaget.
   3) Bimbinglah pasien ke ruangan pribadinya.
   4) Alihkan perhatian pasien dengan memberi sesuatu untuk dikerjakan.
4. Pasien dengan gangguan tidur malam hari.
   1) Tingkatkan aktivitas fisik pada siang hari.
   2) Mandi dengan air hangat.
   3) Tidur dan bangun pada waktu yang tetap.
   4) Makan teratur, hindari alkohol, kopi dan rokok.
   5) Mengurangi minum menjelang tidur.
   6) Kurangi cahaya dan suara bising saat tidur.

PENGKAJIAN PADA PSIKOGERIATRI

I. ASESMEN GERIATRI

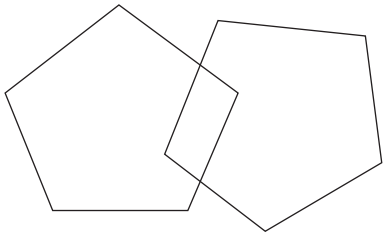
Tanggal pemeriksaan :
Nama Pemeriksa :
Ruang :
Nama Pasien : ☐ L/☐ P
Nomor RM :
Umur : tahun

NO	PEMERIKSAAN	ALAT/CARA	HASIL	KET
1	Gangguan Penglihatan	Schnellen/Modified Schnellen/tes baca koran pada kedua mata		
2	Gangguan Pendengaran	Tes Bisikan kata pada kedua telinga		
3	Fungsi Anggota Atas	- Tes Jabat Tangan (kiri – kanan) - Meminta pasien mengangkat tangan dibelakang kepala secara bergantian		
4	Fungsi Anggota Bawah	Meminta pasien duduk/berjalan		
5	Fungsi Aktivitas Hidup Sehari-hari Dasar (AHS Dasar) AHS Instrumental	Menanyakan, apakah pasien bisa bangun dari tempat tidur , makan dan minum sendiri Menanyakan, apakah pasien bisa berbelanja atau menyiapkan makan sendiri		
6	Kontinensia	Apakah pasien ngompol/ngebrok		
7	Status Gizi	Berat Badan dan Tinggi Badan		
8	Depresi	Menanyakan, apakah pasien sering sedih/merasa tertekan		
9	Status Kognitif	Menyebutkan 3 objek, lalu meminta pasien mengulanginya setelah 5 menit		
10	Dukungan Sosial Ekonomi	Menanyakan, ada tidaknya orang yang membantu bila pasien sakit atau dalam keadaan darurat. Bila ada siapa?		
11	Lingkungan	Menanyakan, ada tidaknya bahaya di sekitar rumah (penerangan di kamar mandi , anak tangga yang tinggi, dll)		

Apakah pasien ini termasuk kelompok " Usila Beresiko Tinggi "? .....
Kelompok Usila Beresiko tinggi:

- Laki-laki
- Sangat tua (> 80 th)
- Hidup sendiri
- Baru Keluar dari Perawatan RS
- Baru saja mengalami duka cita yang mendalam

II. MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Skor Maksimum	Skor Manula	ORIENTASI
5	()	Sekarang (hari), (tanggal), (bulan), (tahun), berapa dan (musim) apa?
5	()	Sekarang kita berada dimana? (jalan), (no rumah), (Kota), (kabupaten), (Propinsi)
		REGISTRASI
3	()	Pewawancara menyebutkan nama 3 buah benda, 1 detik untuk tiap benda . Kemudian mintalah manula mengulang ke 3 nama tersebut. Berikan satu angka untuk setiap jawaban yang benar. Bila masih salah , ulanglah penyebutan ke 3 nama benda tersebut, sampai ia dapat mengulangnya dengan benar. Hitunglah jumlah percobaan dan catatlah (bola, kursi, sepatu) (Jumlah percobaan .....)
		ATENSI DAN KALKULASI
5	()	Hitunglah berturut-turut selang 7 mulai dari 100 ke bawah 1 angka untuk tiap jawaban yang benar. Berhenti setelah 5 hitungan. (93, 86, 79, 72, 65). Kemungkinan lain: ejalah kata "dunia" dari akhir ke awal (a-i-n-u-d)
		MENGINGAT KEMBALI (RECALL)
3	()	Tanyalah kembali nama ke 3 benda yang telah disebutkan diatas. Berikan 1 angka untuk setiap jawaban yang benar.
		BAHASA
9	()	a. Apakah nama benda-benda ini? (Perlihatkan pensil dan arloji) (2 angka) b. Ulanglah kalimat berikut: " Jika Tidak Dan Atau Tapi " (1 angka) c. Laksanakan 3 buah perintah ini: " Peganglah selembar kertas dengan tangan kananmu, lipatlah kertas itu pada pertengahan dan letakanlah di lantai (3 angka) d. Bacalah dan laksanakan perintah berikut: " PEJAMKAN MATA ANDA " (1 ANGKA) e. Tulislah sebuah kalimat (1 angka) f. Tirulah gambar ini (1 angka)
		
Skor Total	()	

Skor Nilai : 24 – 30: Normal
Nilai : 17 – 23: Probable gangguan kognitif
Nilai : 0 – 16: Definitif gangguan kognitif

III. SKALA DEPRESI GERIATRIK

1 Apakah anda pada dasarnya puas dengan kehidupan anda?
☐ Ya ☐ Tidak

2 Apakah anda sudah menghentikan banyak kegiatan dan hal-hal yang menarik minat anda?
☐ Ya ☐ Tidak

3 Apakah anda merasa hidup anda hampa?
☐ Ya ☐ Tidak

4 Apakah anda sering merasa bosan?
☐ Ya ☐ Tidak

5 Apakah anda biasanya bersemangat/gembira?
☐ Ya ☐ Tidak

6 Apakah anda takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda?
☐ Ya ☐ Tidak

7 Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian besar hidup anda?
☐ Ya ☐ Tidak

8 Apakah anda sering merasa tidak berdaya?
☐ Ya ☐ Tidak

9 Apakah anda lebih senang tinggal di rumah dari pada keluar dan mengerjakan sesuatu yang baru?
☐ Ya ☐ Tidak

10 Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibanding kebanyakan orang?
☐ Ya ☐ Tidak

11 Apakah anda pikir bahwa hidup anda sekarang ini menyenangkan?
☐ Ya ☐ Tidak

12 Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini?
☐ Ya ☐ Tidak

13 Apakah anda merasa anda penuh semangat?
☐ Ya ☐ Tidak

14 Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan?
☐ Ya ☐ Tidak

15 Apakah anda pikir bahwa orang lain lebih baik keadaannya dari pada anda?
☐ Ya ☐ Tidak

Skor: Hitung jumlah jawaban yang **bercetak tebal**
- Setiap jawaban **bercetak tebal** mempunyai nilai 1.
- Skor antara 5 – 9 menunjukkan kemungkinan besar depresi.
- Skor 10 atau lebih merupakan depresi.

IV. PENGKAJIAN FUNGSIONAL

Pengkajian Fungsional berdasar Barthel Indeks:

No	Aktivitas	Nilai	
		Bantuan	Mandiri
1.	Makan	5	10
2.	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya, termasuk duduk di tempat tidur	5 -10	15
3.	Kebersian diri, mencuci muka, menyisir, mencukur dan mengosok gigi	0	5
4.	Aktivitas toilet	5	10
5.	Mandi	0	5
6.	Berjalan di jalan yang datar (jika tidak mampu berjalan lakukan dengan kursi roda)	10	15
7.	Naik turun tangga	5	10
8.	Berpakaian termasuk mengenakan sepatu	5	10
9.	Mengontrol defekasi	5	10
10.	Mengontrol berkemih	5	10
	JUMLAH		100

Penilaian:
0 – 2 : Ketergantungan
21 – 61 : Ketergantungan berat/sangat tergantung
62 – 90 : Ketergantanga berat
91 – 99 : Ketergantungan ringan
100 : Mandiri

Unit 6

KEDARURATAN MENTAL PSIKIATRI

26. Asuhan Keperawatan klien dengan penyalahgunaan NAPZA
27. Asuhan Keperawatan klien dengan Amuk/Agresi
28. Asuhan Keperawatan klien dengan resiko Bunuh

BAB 26

Asuhan Keperawatan pada Penyalahgunaan Napza

A. Latar Belakang

Penyalahgunaan NAPZA (Narkotika, Alkohol, Psikotropika dan Zat adiktif lain) selalu menjadi perhatian public karena bukan hanya terjadi dikalangan atas dan artis, tetapi pada hampir semua elemen masyarakat dan generasi muda . Permasalahan penyalahgunaan NAPZA di Indonesia sebetulnya sudah muncul sejak tahun 1969, tetapi sampai saat ini tetap menjadi 'hantu' yang membayangi dan menganggu berbagai sendi kehidupan bangsa. Penyalahgunaan NAPZA mempunyai dimensi yang sangat luas dan kompleks, tidak hanya dari sudut medik dan psikiatrik tetapi juga kesehatan jiwa maupun psikososial (ekonomi, politik dan social budaya), (Dadang H, 2002; 5).

Penggunaan zat psikoaktif (NAPZA) merupakan suatu perilaku yang menyimpang dari norma-norma yang umumnya berlaku pada berbagai kebudayaan di dunia. Penggunaan zat psikoaktif ini dapat dipandang sebagai suatu fenomena cultural dimana dalam suatu kultur tertentu penggunaan zat psikoaktif dapat dipandang sebagai suatu perilaku yang normal atau perilaku yang menyimpang tergantung dari siapa yang menggunakan dan tidak bertentangan dengan nilai-nilai dan norma yang mereka anut (*permissive belief*), (Satya J, 2005;90). Hal ini mungkin terjadi pada masyarakat yang sedang mengalami perubahan social yang cepat, seperti norma lama yang mulai memudar sedang norma baru belum terbentuk dengan mantap.

Situasi pecandu narkotika di Indonesia menurut hasil survey BNN-UI (2008), bahwa estimasi penyalahgunaan narkotika 1,99% populasi (3,3 juta). Dari 3,3 juta, populasi laki-laki

± 2,9 juta dan perempuan ± 410 orang. Jumlah pecandu narkotika yang harus direhabilitasi berdasarkan estimasi pecandu teratur pakai sekitar 27% (± 700 ribu). Sedangkan fasilitas rehabilitasi yang ada di pemerintahan saat ini berjumlah 114 (101 aktif, 13 tidak aktif) dengan kapasitas hanya 2134. Fasilitas rehabilitasi yang non peerintah atau yang didirikan masyarakat berjumlah 255 (141 aktif, 114 tidak aktif) dengan kapasitas 4046 orang. Karakteristik pengguna usia 13-25 tahun (90%), usia mulai (*onset*) cenderung lebih muda dan tergolong *Polydrug User*. Penawaran pertamakali dari teman sendiri di rumah atau tempat rekreasi

Prevalensi penyalahgunaan narkoba di Indonesia saat ini, terlihat bahwa pada tahun 2004 sebesar 1,5% dari penduduk Indonesia, pada tahun 2008 sebesar 1,99%, pada tahun 2010 diproyeksikan naik menjadi 2,21% penduduk Indonesia, sedangkan diperkirakan pada tahun 2015 akan naik menjadi 2,8% dari penduduk Indonesia atau setara dengan 5,1-5,6 juta jiwa. Hingga tahun 2010, jumlah penyalahgunaan narkoba yang telah dirawat di tempat Rehabilitasi hanya berjumlah 3477 orang, 3127 laki-laki dan 350 lainnya perempuan.

Banyak faktor yang ikut berperan sebagai penyebab, pencetus atau kontribusi terjadinya penyalahgunaan NAPZA ini, yang bersumber dari pribadi pengguna, sifat khas dari zat yang digunakan atau dari lingkungan sosial. Hasil penelitian Pattison 1980 yang dikutip oleh Dadang Hawari, 2002; 14, bahwa pandangan masyarakat dan keluarga terhadap penyebab penyalahgunaan NAPZA mengalami perubahan, yang dahulunya karena faktor kondisi sosial yang buruk (Pemukiman kumuh, pengangguran dan kemiskinan) beralih pada kondisi keluarga. Perubahan gaya hidup, globalisasi, industrialisasi dengan disertai cepatnya arus informasi tanpa ditunjang pondasi keluarga yang kokoh seperti keutuhan keluarga, kesibukan orangtua, hubungan antarpribadi dan nilai-nilai moral dalam keluarga yang disfungsional memberikan kontribusi yang besar terjadinya penyalahgunaan NAPZA.

Dampak gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan psikoaktif (NAPZA) tidak hanya pada kesehatan fisik, fungsi mental, kehidupan emosi dan fungsi sosial yang bersangkutan saja, tetapi juga merugikan keluarga, masyarakat dan negara. Menurut Alatas dan Madiyono, 2003; 23, bahaya penyalahgunaan NAPZA tidak hanya bagi kehidupan fisik dan mental emosional diri tetapi memberi implikasi kehidupan sosial yang luas mulai prestasi sosial menurun, hubungan sosial terganggu, antisosial dan asosial bahkan tindakan kriminalitas akibat pengaruh NAPZA.

Melihat implikasi permasalahan yang begitu luas dan rumit dari penyalahgunaan NAPZA ini, maka perlu upaya pencegahan dan penanganan yang bersifat komprehensif, konsistensi dan terkoordinasi antara berbagai pihak mulai dari keluarga, sekolah, kaum muda, tenaga medis, ulama dan masyarakat secara umum, dalam membantu masyarakat untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat tentang perawatan dan pencegahan kembali penyalahgunaan NAPZA pada klien. Untuk itu dirasakan perlu perawat meningkatkan kemampuan merawat klien dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yaitu asuhan keperawatan klien penyalahgunaan dan ketergantungan NAPZA (sindroma putus zat).

B. Definisi NAPZA

Penyalahgunaan zat dapat didefinisikan sebagai penggunaan obat dengan cara yang tidak sesuai dengan norma sosial atau standar medis walaupun terdapat konsekuensi negative (Videbeck, 2008). Penyalahgunaan NAPZA adalah suatu penyimpangan perilaku yang disebabkan oleh penggunaan yang terus-menerus sampai terjadi masalah. Ketergantungan NAPZA yang merupakan suatu kondisi yang cukup berat dan parah sehingga mengelami sakit yang cukup berat di tandai dengan ketergantungan fisik(sindrom putus asa zat/withdrawl dan toleransi.

NAPZA adalah akronim dari Narkotika, Alkohol, Psikotropika dan Zat adiktif lainnya yang kesemuanya itu termasuk zat psikoaktif yang dapat mengakibatkan gangguan mental dan perubahan perilaku (Satya J, 2005; 20). Narkotika menurut UU RI no 22 tahun 1997 meliputi golongan opioida, Ganja dan Kokain, yang memiliki fungsi menghilangkan rasa nyeri dan membius. Sedangkan Psikotropika adalah obat yang memberi efek penenang (Diazepam, Bromazepam), obat tidur (Nitrazepam, estazolam), Psikostimulant seperti ekstasi (Metilen-diokzimet-amfetamin) dan sabu-sabu. Obat psikosis dan obat anti depresi juga termasuk psikotropika tetapi jarang disalahgunakan. Alkohol adalah semua jenis minuman yang mengandung etil alcohol atau etanol seperti wiski, vodka, gin, bir, saguer, tuak, brem, arak dan ciu**.**

Zat adiktif lainnya adalah zat yang bila dipakai secara teratur, sering, dalam jumlah yang banyak dapat menimbulkan ketergantungan (adiksi) seperti tembakau, kopi, the, glue (lem), thinner sering menimbulkan masalah kesehatan dan disalahgunakan. Di Malaysia, zat yang sering disalahgunakan dan melanggar undang-undang disebut dengan Dadah yang di Indonesia disebut dengan Madat. Sedangkan zat psikoaktif adalah zat yang bekerja terutama pada otak sehingga menimbulkan perubahan perilaku, perasaan dan pikiran, persepsi serta kesadaran orang yang mengkonsumsinya. Zat psikoaktif ada yang bersifat adiktif (obat penenang, obat tidur, ekstasi, sabu-sabu, alcohol, nikotin, kafein, opioid, kokain, ganja, LSD) dan ada yang tidak menimbulkan adiktif (Obat antipsikosis dan obat antidepresi).

Sindrom putus asa adalah suatu kondidi di mana individu yang menggunakan napza, menurunkan atau menghentikan penggunaan NAPZA sehingga akan menimbulkan kebutuhan biologi terhadap napza. Toleransi adalah kondisi di mana klien yang menggunakan napza, memerlukan peningkatan jumlah napza yang di konsumsi untuk mencapai tujuan yang di kehendaki.

C. Proses Terjadinya Masalah

1. Etiologi

Beberapa faktor pendukung terjadinya gangguan penggunaan Napza yaitu sebagai berikut:

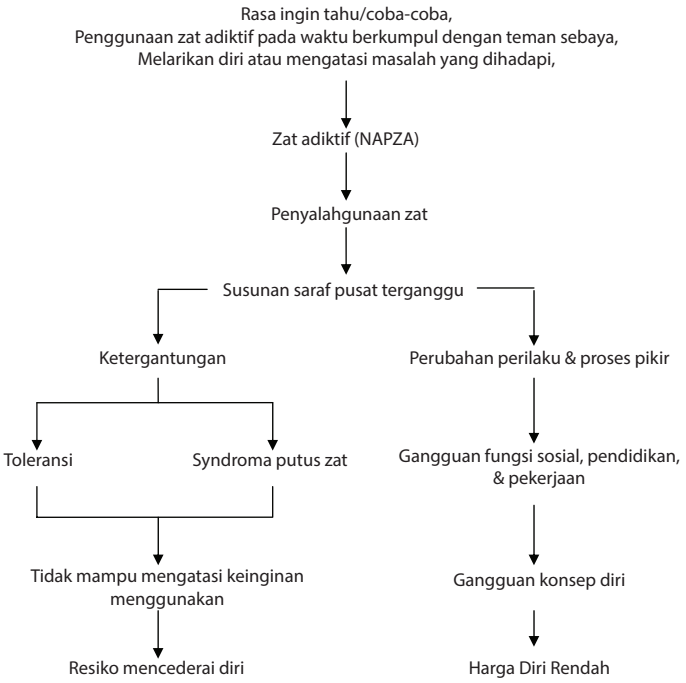
1. Faktor predisposisi
   a. Faktor biologis
      1) Genetik/tendensi keturunan: terutama orang tua yang menyalahgunakan Napza
      2) Metabolik: perubahan metabolik alkohol yang mengakibatkan respon fisisologis, mislanya saja etil alkohol bila di metabolisme lebih lama lebih efisien untuk mengurangi individu menjadi ketergantungan
      3) Infeksi pada organ otak: intelegensi menjadi rendah (retardasi mental, misalnya ensefhalitis, meningitis).
      4) Penyakit kronis: kanker, astma bronchiale, penyakit menahun lainnya.
   b. Faktor psikologis
      1) Tipe kepribadian: dependen, ansietas, depresi, anti social
      2) Harga diri yang rendah: bisa arna penganiayaan masa anak-anak, depresi terutama karena kondisi osial ekonomi pada peneyahgunaan alkohol, sedatif hipnotik yang mencapai tingkat ketergantungan di ikuti rasa bersalah
      3) Disfungsi keluarga: kondisi keluarga yang tidak stabil, role model negatif(ketauladanan yang negatif), tidak saling percaya anataanggota keluarga keluarga yang tidak mampu memberikan pendididkan yang sehat pada anggoata, orang tua dengan gangguan penggunaan zat adktif,, pereraianan.
      4) Individu yang mempunyai perasaan yang tidak aman.
      5) Cara pemecahan masalah indidvidu yang menyimpang
      6) Individu yang mengalami krisis identitas dan kecenderungan untuk mempratikkan homoseksual, krisis identitas
      7) Rasa bermusuahan dengan keluarga atau dengan orang tua
   c. Faktor sosial cultural
      1) Sikap masyarakat yang ambivalen tentang penggunaan zat seperti tembakau, nikotin, ganja, dan alcohol
      2) Norma kebudayaan pada suku bangsa tertentu, menggunakan halusinasinogen atau alkohol untuk upacara adat dan keagamaan
      3) Lingkungan: misalnya lingkungan tempat tinggal, diskotik, sekolah,maal, lokalisasi, lingkungan rumah kumuh dan padat, teman sebaya yang mengedarkan dan menggunakan zat adiktif
      4) Persepsi penerimaan masyarakat terhadap penggunaan zat adiktif
      5) Remaja yang lari dari rumah
      6) Penyimpangan seksual pada usia dini
      7) Perilaku tindak kriminal pada usia dini, misalnya mencuri, merampok dalam komunitas
      8) Kehidupan beragama yang kurang

2. Faktor Presipitasi

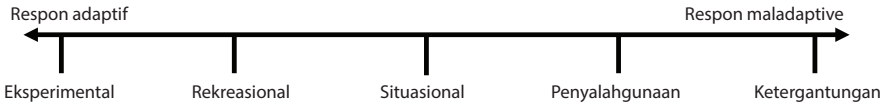
   Stressor dalam kehidupan merupakan kondisi pencetus terjadinya gangguan penggunaan zat adiktif bagi seseorang, menggunakan zat merupakan cara untuk mengatasi stress yang dialami kehidupannya. Beberapa stressor pencetus adalah sebagai berikut:

   a. Pernyataan dan tuntutan utuk mendiri dan memutuhkan teman sebaya sebagai pengakuan
   b. Reaksi sebagai cara untuk mencari kesengangan, iindidivu berupaya untuk menghindari rasa sakit dan mencari kesenangan, rileks agar lebih menikmati hubugan interpersonal
   c. Kehilangan orang atau sesuatu yang berarti seperti pacar, orang tua, saudara, drop out dari sekolah atau pekerjaan
   d. Di asingkan oleh lingkungan, rumah, sekolah, kelompok teman sebaya,sehinggatidak mempunayi teman
   e. Kompleksitas dan ketegangan dari kehiudpan modern
   f. Tersedianya zat aditif di lingkungan di mana seseorang berada khususnya pada inividu yang mengalami pengalaman kecanduan zat aditif
   g. Pengaruh dan tekanan teman sebaya (diajak,di bujuk, di ancam)
   h. Kemudahanan mendapatkan zat adiktif dan harganya terjangkau
   i. Pengaruh film dan iklan tentang zat adiktif seperti alkohol dan nikotin
   j. Pesan dari masyarakat bahwa penggunaan zat adiktif dapat menyelesaikan masalah

2. Skema Proses Terjadinya Masalah



Rentang respon gangguan penggunaan zat adiktif berfluktuasi dari kondisi yang ringan sampai dengan yang berat. Indikator dari rentang respon berdasarkan perilaku yang ditampakkanoleh remaja denganganggguan penggunaan zat adiktif.



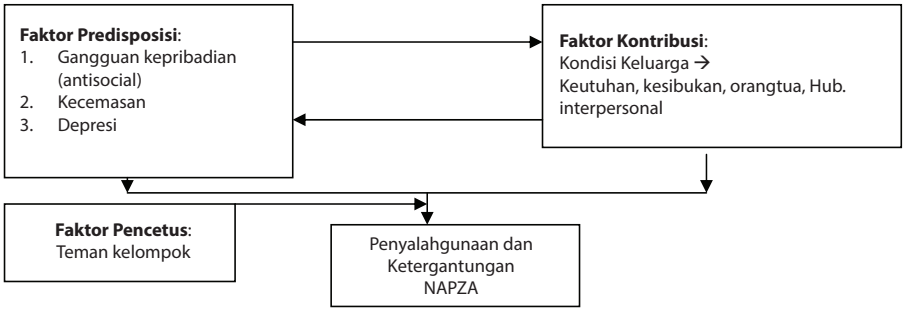
Keterangan:

1. Penggunaan zat adiktif secara eksperimental ialah:
   Kondisi penggunaan pada taraf awal, disebabkan rasa ingin tahu, ingin memiliki pengalaman yang baru, atau sering dikatakan taraf coba- coba.
2. Penggunaan zat adiktif secara rekreasional ialah:
   Mengunakan zat saat berkumpul bersama-sama dengan teman sebaya, yang bertujuan untuk rekreasi bersama teman sebaya.
3. Penggunaan zat adiktif secara situasional ialah:
   Orang yang menggunakan zat mempunyai tujuan tertentu secara individual, sudah merupakan kebutuhan bagi dirinya sendiri, seringkali penggunaan zat ini merupakan cara untuk melarikan diri atau mengatasi masalah yang dihadapinya. Biasanya digunakan pada saat sedang konflik, stress, frustasi.
4. Penyalahgunaan zat adiktif ialah:
   Penggunaan zat yang sudah bersifat patologis, sudah mulai digunakan secara rutin, paling tidak sudah berlangsung selama 1 bulan, dan terjadi penyimpangan perilaku dan mengganggu fungsi dalam peran di lingkungan social dan pendidikan.
5. Ketergantungan zat adiktif ialah:
   Penggunaan zat yang cukup berat, telah terjadi ketergantungan fisik dan psikologis. Ketergantungan fisik ditandai oleh adanya toleransi dan sindroma putus zat. Yang dimaksud sindroma putus zat adalah suatu kondisi dimana orang yang biasa menggunakan secara rutin, pada dosis tertentu berhenti menggunakan atau menurunkan jumlah zat yang biasa digunakan, sehingga menimbulkan gejala pemutusan zat.

3. Psikodinamika Sosial Penyalahgunaan NAPZA

Menurut Dadang Hawari, 2002, seseorang akan terlibat dalam penyalahgunaan zat psikoaktif (NAPZA) apabila pada orang itu sudah ada factor predisposisi (kecenderungan), dan factor lain yang berperan dalam penyalahgunaan yaitu factor kontribusi. Apabila factor predisposisi dan kontribusi sudah ada, maka diperlukan factor lain yang mendorong penyalahgunaan yaitu factor pencetus.

Psikodinamika interaksi ketiga factor ini terhadap penyalahgunaan zat psikoaktif NAPZA seperti gambar berikut:

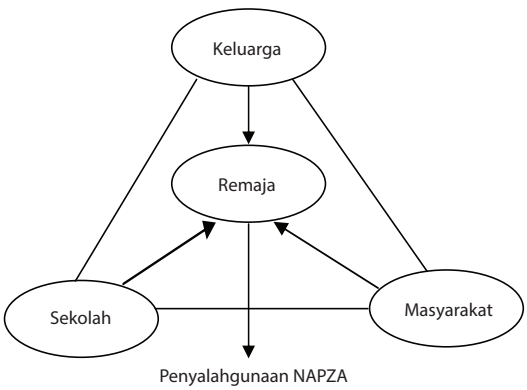


Faktor predisposisi meliputi kepribadian, dimana orang yang memiliki kepribadian antisosial seperti tidak pernah puas, ketidakefektifan pergaulan di sekolah, rumah atau kerja, adanya kecemasan, dan atau depresi mempunyai resiko relative untuk terlibat dalam penyalahgunaan NAPZA. Faktor kontribusi yang dimaksud disini adalah kondisi keluarga. Adanya disfungsi keluarga seperti keluarga yang tidak utuh, kesibukan orangtua, dan hubungan interpersonal dalam keluarga tidak baik sehingga akan merasa tertekan dan terjadi penyalahgunaan.

Faktor pencetusnya adalah pengaruh teman sebaya, tersedianya dengan mudah NAPZA (easy availability) mempunyai andil yang cukup besar untuk terjadinya penyalahgunaan NAPZA. Penyimpangan perilaku penyalahgunaan NAPZA dari sudut pandang psikososial akibat negative dari interaksi 3 kutub social yang tidak kondusif (tidak mendukung kearah positif), yaitu kutub keluarga, kutub sekolah/kampus, dan kutub lingkungan social masyarakat.

Anak atau remaja dalam kehidupan sehari-hari hidup dalam 3 kutub ini. Apabila ada salah satu atau lebih dari kutub ini yang tidak kondusif maka akan mempengaruhi kutub yang lain dan sebagai hasil interaksi ketiga kutub tersebut resultante resiko perilaku penyimpangan yang lebih besar yang pada gilirannya berakibat penyalahgunaan NAPZA.

Secara skematis terjadinya perilaku menyimpang yang berakibat pada penyalahgunaan NAPZA sebagai berikut:



Bagan 2
Interaksi kutup dari sudut pandang psikososial penyalahgunaan NAPZA

Kutub Keluarga, suasana kehidupan rumah tangga yang tidak kondusif bagi perkembangan jiwa anak antara lain hubungan yang dingin antara ayah dan ibu, terdapatnya gangguan fisik atau mental dalam keluarga, pola asuh yang bertentangan dalam keluarga, sikap orangtua yang acuh, atau otoriter terhadap anak, perhatian yang berlebihan (over protectif) dari orangtua, orang tua jarang dirumah atau adanya perselingkuhan, kurangnya stimulasi kognitif dan social.

Kutub Sekolah, keadaan sekolah yang tidak kondusif yang dapat mengganggu proses belajar mengajar seperti sarana prasarana yang tidak memadai, jumlah dan kualitas guru yang kurang, kesejahteraan guru yang tidak memadai, kurikulum yang tidak kondusif, pendidikan agama dan budi pekerti kurang memadai dan lingkungan sekolah yang tidak kondusif seperti dekat pusat perbelanjaaj, hiburan dan daerah rawan.

Kutub Masyarakat, kondisi lingkungan social yang tidak sehat dan 'rawan' dapat menganggu perkembangan jiwa dan kepribadian anak seperti adanya tempat hiburan, pelacuran, lokalisasi dan adanya transaksi narkoba, banyaknya anak putus sekolah, pengangguran, gambar dan tontonan TV yang bersifat pornografis dan kekerasan, perumahan yang padat dan kumuh, pencemaran lingkungan, sering terjadi tindak kekerasan dan kriminalitas, kesenjangan social, kebut-kebutan, coret-coret dan vandalisme.

D. Manifestasi Klinik

Tanda dan gejala perilaku yang di alami oelh seseorang yang mengkomsumsi narkoba adalah sebagai berikut:

1) Sedatif hipnotik
   a. Kehilangan kontrol diri
   b. alan tidak stabil, koordinasi motorik kurang
   c. Bicara cadel dan bertele-tele
   d. Acuh kurang perhatian
   e. Perilaku gembira, berdiam diri, kadang bersikap bermusuhan
   f. Mengantuk
   g. Membangakan diri, perilaku tampak percaya diri
   h. Agresif, bingung, gelisah, perilaku ilusi, halusinasi
2) Penggunaan ganja
   a. Sangat gembira
   b. Mondar-mandir
   c. Perilaku dengan kontol diri kurang/hilang
   d. Gerakan tidak terkoordinasi
   e. Tampak lebih bodoh
   f. Perilaku tampak kecemasan
3) Penggunaan alcohol
   a. Sikap bermusuhan

b. Kadang sikap murung, berdiam diri(depresi)
c. Suara keras, bicara cadel dan kacau
d. Agresif dan tidak kenal waktu
e. Koordinasi motorik terangggu
f. Tidak mampu/kurang partisipasi dengan lingkungan social
g. Gelisah,perilaku delirium, bingung, cemas

4) Penggunaan opioid
   a. Terkantuk-kantuk
   b. Bicara cadel
   c. Koordinasi motorik terganggu
   d. Acuh terhadap lingkungan, kurang perhatian
   e. Perilaku manipulatif untuk mendapatkan zat
   f. Kontrol diri kurang
   g. Gelisah
   h. Berteriak kesakitan(sambil pegang perut,otot-otot, sendi)
5) Penggunaan Ekstasi dan kokain
   a. Tahan tidak tidur
   b. Gerakan motorik terlambat
   c. Agresif
   d. Perilaku cemas
   e. Perilaku mudah tersinggung
   f. Apatis, acuh terhadap lingkungan

E. Mekanisme Koping

Mekanisme pertahanan diri yang biasa digunakan:

1) Denial dari masalah
2) Proyeksi merupakan tingkah laku untuk melepaskan diri dari tanggung jawab
3) Disosiasi merupakan proses dari penggunaan zat adiktif

F. Upaya Pencegahan dan Penanggulangan Penyalahgunaan NAPZA

Gangguan mental dan perilaku akibat penyalahgunaan zat psikoaktif (NAPZA) mempunyai etiologi yang multicausal yang rumit dan kompleksitas serta efeknya yang merugikan semua sendi kehidupan tidak hanya bagi kesehatan fisik, mental dan social pengguna saja, tetapi juga keluarga, masyarakat dan Negara. Untuk itu perlunya penanggulangan secara komprehensif terkoordinir dan terpadu melalui dua kelompok kegiatan yaitu mengurangi tersedianya narkotika dan psikotropika (*supply reduction*) dengan memberantas peredaran gelap (*illicit trafficking*), menjaga kebutuhan narkotika dan psikotropika untuk kepentingan

pengobatan (*licit trafficking*) terjamin dan terawasi. Upaya *supply reduction* ini dilakukan oleh aparat penegak hukum dan instansi terkait dengan *security approach* kepada siapa saja yang terlibat dikenai sanksi maksimal bahkan kalau perlu sampai hukuman mati.

Upaya yang kedua dengan mengurangi kebutuhan akan narkotik dan psikotropika (*demand reduction*) untuk tujuan bersenang-senang atau tujuan lain selain keperluan pengobatan dibawah pengawasan dokter.Upaya *demand reduction* ini dilakukan oleh kalangan kedokteran dan kesehatan serta masyarakat luas. Upaya ini dilakukan dengan pendekatan *welfare approach* yaitu pendekatan kesejahteraan missal dengan memberi penyuluhan kepada masyarakat, terapi dan rehabilitasi terhadappara penyalahguna NAPZA.

Pencegahan terhadap penyalahgunaan NAPZA melalui *prevensi primer* (mencegah orang sehat tidak terlibat penyalahgunaan zat), P*revensi sekunder* (Terapi/pengobatan bagi yang terlibat penyalahgunaan zat) dan *prevensi tertier* (Upaya rehabilitasi bagi penyalahguna zat setelah memperoleh terapi). Upaya pencegahan primer dapat diupayakan dirumah, disekolah/ kampus, tempat kerja dan lingkungan social masyarakat. Prevensi ini bernentuk penyuluhan terhadap bahaya penyalahgunaan NAPZA perlu secara intensif, berkesinambungan dan konsisten dilaksanakan bagi mereka yang sehat (belum terlibat penyalahgunaan zat). Banyak kejadian orang yang sehat terlibat penyalahgunaan karena ketidaktahuan bahaya NAPZA (*ignorancy*) dan kurangnya sosialisasi dibidang hukum dan perundang-undangan. Upaya prevensi primer ini merujuk pada pemahaman mekanisme terjadinya penyalahgunaan NAPZA ditinjau dari psikodinamik dan psikososial.

Terapi atau pengobatan penyalahgunaan merupakan upaya pencegahan sekunder melalui pendekatan holistic (*holistic approach*) yang rasional dan dapat dipertanggungjawabkan dari segi medik, psikiatrik, social dan agama. Terapi ini meliputi tahapan detoksifikasi dan pasca detoksifikasi yang mencakup komponen terapi medik-psikiatrik (detoksifikasi, psikofarmaka dan psikoterapi), Terapi medik-somatik (komplikasi medik), terapi psikososial dan terapi psikoreligius. Sesudah penyalahguna NAPZA menjalani program terapi, maka langkah selanjutnya program rehabilitasi sebagai upaya memulihkan dan mengambalikan kondisi mantan penyalahguna zat kembali sehat dalam arti sehat fisik, psikologik, social dan spiritual (keagamaan). Dengan kondisi sehat tersebut, diharapkan mereka mampu kembali berfungsi secara wajar dalam kehidupan sehari-hari. Jenis program rehabilitasi:

a) Rehabilitasi psikososial
   Program rehabilitasi psikososial merupakan persiapan untuk kembali ke masyarakat *(reentry program)*. Oleh karena itu, klien perlu dilengkapi dengan pengetahuan dan keterampilan misalnya dengan berbagai kursus atau balai latihan kerja di pusat-pusat rehabilitasi. Dengan demikian diharapkan bila klien selesai menjalani program rehabilitasi dapat melanjutkan kembali sekolah/kuliah atau bekerja.
b) Rehabilitasi kejiwaan
   Dengan menjalani rehabilitasi diharapkan agar klien rehabilitasi yang semua berperilaku maladaptif berubah menjadi adaptif atau dengan kata lain sikap dan tindakan antisosial

dapat dihilangkan, sehingga mereka dapat bersosialisasi dengan sesama rekannya maupun personil yang membimbing dan mengasuhnya. Meskipun klien telah menjalani terapi detoksifikasi, seringkali perilaku maladaptif tadi belum hilang, keinginan untuk menggunakan NAPZA kembali atau *craving* masih sering muncul, juga keluhan lain seperti kecemasan dan depresi serta tidak dapat tidur (insomnia) merupakan keluhan yang sering disampaikan ketika melakukan konsultasi dengan psikiater. Oleh karena itu, terapi psikofarmaka masih dapat dilanjutkan, dengan catatan jenis obat psikofarmaka yang diberikan tidak bersifat adiktif (menimbulkan ketagihan) dan tidak menimbulkan ketergantungan. Untuk mencapai tujuan psikoterapi, waktu 2 minggu (program pascadetoksifikasi) memang tidak cukup; oleh karena itu, perlu dilanjutkan dalam rentang waktu 3 – 6 bulan (program rehabilitasi). Dengan demikian dapat dilaksanakan bentuk psikoterapi yang tepat bagi masing-masing klien rehabilitasi. Yang termasuk rehabilitasi kejiwaan ini adalah psikoterapi/konsultasi keluarga yang dapat dianggap sebagai rehabilitasi keluarga terutama keluarga *broken home.* Gerber (1983 dikutip dari Hawari, 2003) menyatakan bahwa konsultasi keluarga perlu dilakukan agar keluarga dapat memahami aspek-aspek kepribadian anaknya yang mengalami penyalahgunaan NAPZA.

c) Rehabilitasi komunitas

Berupa program terstruktur yang diikuti oleh mereka yang tinggal dalam satu tempat. Dipimpin oleh mantan pemakai yang dinyatakan memenuhi syarat sebagai koselor, setelah mengikuti pendidikan dan pelatihan. Tenaga profesional hanya sebagai konsultan saja. Di sini klien dilatih keterampilan mengelola waktu dan perilakunya secara efektif dalam kehidupannya sehari-hari, sehingga dapat mengatasi keinginan mengunakan narkoba lagi atau nagih (*craving*) dan mencegah relaps. Dalam program ini semua klien ikut aktif dalam proses terapi. Mereka bebas menyatakan perasaan dan perilaku sejauh tidak membahayakan orang lain. Tiap anggota bertanggung jawab terhadap perbuatannya, penghargaan bagi yang berperilaku positif dan hukuman bagi yang berperilaku negatif diatur oleh mereka sendiri.

d) Rehabilitasi keagamaan

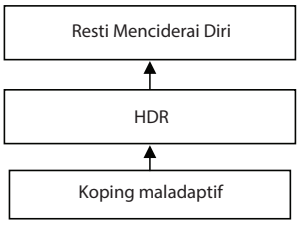
Rehabilitasi keagamaan masih perlu dilanjutkan karena waktu detoksifikasi tidaklah cukup untuk memulihkan klien rehabilitasi menjalankan ibadah sesuai dengan keyakinan agamanya masing-masing. Pendalaman, penghayatan, dan pengamalan keagamaan atau keimanan ini dapat menumbuhkan kerohanian (*spiritual power*) pada diri seseorang sehingga mampu menekan risiko seminimal mungkin terlibat kembali dalam penyalahgunaan NAPZA apabila taat dan rajin menjalankan ibadah, risiko kekambuhan hanya 6,83%; bila kadang-kadang beribadah risiko kekambuhan 21,50%, dan apabila tidak sama sekali menjalankan ibadah agama risiko kekambuhan mencapai 71,6%.

G. Proses Keperawatan

1. Pengkajian

1) Usia
   Remaja dan dewasa muda adalah usia yang beresiko terhadap penyalahgunaan zat dimana upaya mencari identitas diri dan prestige terhadap kelompok.
2) Jenis Kelamin
   Angka kejadian usia Laki-laki lebih banyak daripada wanita.
3) Riwayat Keperawatan:
   Autoanamnesa → Tanyakan zat yang pernah dipakai, lama pemakaian zat, berapa kali dan berapa banyak. Zat yang sedang dipakai, cara pemakaian, tujuan pemakaian, efek yang diinginkan, hubungan interpersonal, stressor psikososial, prestasi, penggunaan waktu senggang, penyesuaian social.
   Heteroanamnesa → Kita tanyakan perubahan-perubahan yang dialami, menjadi taat, suka melawan, menyendiri dikamar, sering keluar malan, penurunan prestasi dan penggunaan uang yang berlebihan.
4) Pemeriksaan Psikologis
   Afek emosi, psikomotor, persepsi, daya ingat dan atensi . Kepribadian, intelegensi, minat dan bakat.
5) Pemeriksaan Khusus
   Tes Naloxone → antagonis opium
   Tes Nembutal → Derajat toleransi barbiturat
   Tes Urine Narkoba

2. Pohon Masalah



3. Diagnosa Keperawatan

Dari pohon masalah, diagnosa yang mungkin timbul:

1. Resiko tinggi menciderai diri sendiri
2. Harga diri rendah
3. Koping maladaptive

Masalah keperawatan pada Intoksikasi/Withdrawl:

- Ansietas
- Gangguan komunikasi verbal
- Tidak efektif koping individu
- Tidak efektif koping keluarga
- Resiko injuri
- Gangguan konsep diri

Masalah keperawatan pada Overdosis:

- Tidak efektif jalan nafas
- Resiko injuri
- Gangguan pola tidur

4. Rencana Keperawatan Klien Penyalahgunaan Napza

Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Rencana Tindakan
Koping individu tidak efektif. Ketidakmampuan mengatasi zat adiktif kembali	1. Klien mampu membina hubungan saling percaya	1.1 Bina hubungan saling percaya 1.1.1 Salam terapeutik dan empati 1.1.2 Perkenalkan diri 1.1.3 Jelaskan tujuan interaksi 1.1.4 Sepakati kontrak interaksi
	2. Klien dapat mengidentifikasi tanda dan gejala koping individdu tidak efektif	2.1 Beri kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaannya 2.2 Diskusikan tentang tanda dan gejala yang dirasakan oleh klien saat ini
	3. Klien dapat mengidentifikasi penyebab dan akibat dari koping individu tidak efektif	3.1 Kaji kontak pertama dengan zat apakah dari teman, saudara, atau lain-lain 3.2 Bantu klien menilai penyebab utama pemakaian zat 3.3 Diskusikan dengan klien akibat penyalahgunaan zat baik dari segi fisik, sosial, mental, dan spiritual
	4. Klien dapat berpartisipasi dalam melakukan cara baru untuk mengatasi keinginan menggunakan zat (sugesti)	4.1 Kaji cara yang klien lakukan untuk mengatasi keinginan menggunakan zat kembali 4.2 Diskusikan dengan klien cara baru untuk mengatasi sugesti 4.2.1 Membuat jadwal kegiatan harian dan mengisi kegiatan harian dengan aktivitas 4.2.2 Cuci otak dengan slogan, misalnya: "saya ingin sembuh" yang diucapkan berulang-ulang

Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Rencana Tindakan
		4.2.3 Mengemukakan perasaannya bila ada maalah dengan orang yang dipercaya 4.2.4 Bersama keluarga atau orang terdekat membuat kesepakatan dalam memodifikasi rumah 4.2.5 Menghindari atau memutuskan hubungan denga teman pemakai 4.3 Motifasi klien untuk mendemonstrasikan cara baru untuk mengatasi sugesti
	5. Klien dapat mematuhi program terapi medis	5.1 Diskusikan tentang program terapi obat-obatan klien: jenis, waktu pemberian, dosis, lokasi, dan cara pemakaian obat, serta efek terapi dan efek samping terapi 5.2 Diskusikan akibat ketidakpatuhan terhadap program terapi 5.3 Observasi efek terapi dan efek samping program
	6. Klien dapat dukungan keluarga	6.1 Diskusikan dengan keluarga tentang program terapi medis: efek terapi dan efek samping terapi serta prinsip 5 benar dalam pemberian obat 6.2 Diskusikan dengan keluarga apa yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien 6.3 Diskusikan dengan keluarga cara mengatasi sugesti 6.4 Diskusikan kemajuan dan kegiatan yang telah dilakukan 6.5 Motivasi keluarga untuk menggunakan sistem pendukung dimasyarakat
Risiko mencederai diri sendiri: menggunakan zat kembali	Tujuan Umum: Klien tidak mencederai diri sendiri Tujuan Khusus: 1. Klien dapat membina hubungan saling percaya	1.1 Bina hubungan saling percaya 1.1.1 Perkenalkan diri 1.1.2 Jelaskan tujuan interaktif 1.1.3 Sepakati kontrak interaksi 1.2 Beri kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaannya
	2. Klien dapat mengetahui penyebab awal penyalahgunaan zat	2.1 Tanyakan kepada klien hal-hal apa saja yang dapat menyebabkan penyalagunaan zat 2.2 Beri reinforcement positif dari apa yang telah diungkapkan oleh klien

Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Rencana Tindakan
	3. Klien dapat mengetahui akibat yang mungkin muncul dari penyalahgunaan zat	3.1 Tanyakan kepada klien apa saja yang dapat terjadi sebagai akibat dari penyalahgunaan zat 3.2 Beri reinforcement positif dari apa yang telah diungkapkan oleh klien
	4. Klien dapat mengenal cara baru untuk mengatasi keinginan menggunakan zat	4.1 Kaji cara yang biasa klien lakukan untuk menolak keinginan menggunakan zat 4.2 Beri reinforcement positif dari apa yang telah dikemukakan tetutama cara yang tepat dalam menahan sugesti 4.3 Diskusikan dengan klien cara baru untuk menolak keinginan menggunakan zat 4.4 Minta klien untuk menyebutkan kembali cara baru yang telah didiskusikan 4.5 Beri reinforcement positif dari kemampuan yang diperoleh 4.6 Anjurkan klien untuk melatih cara baru yang telah didiskusikan bersama
	5. Klien dapat mendemonstrasikan cara baru untuk mengatasi keinginan menggunakan zat (sugesti)	5.1 Tanyakan kepada klien tentang cara baru yang biasa digunakan/dilatih klien selama di rumah sakit 5.2 Minta klien untuk menyusun jadwal kegiatan 5.3 Beri reinforcement positif bila telah dilakukan dengan baik
	6. Klien mendapat sumber dukungan	6.1 Jelaskan pada klien tentang sumber dukungan yang ada 6.2 Jelaskan pada keluarga proses terapi yang sedang klien jalani 6.3 Persiapkan keluarga untuk menerima perubahan pola penyelesaian masalah klien 6.4 Beri dukungan semangat pada keluarga

5. Strategi Pelaksanaan (SP) Pada Klien Dengan Napza

SP 1 Pasien:

1. Bina hubungan saling percaya
2. Beri kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaannya

SP 2 Pasien:

1. Mendiskusikan dampak NAPZA
2. Mendiskusikan cara meningkatkan motivasi
3. Mendiskusikan cara mengontrol keinginan
4. Latihan cara meningkatkan motivasi
5. Latihan cara mengontrol keinginan
6. Membuat jadwal aktivitas

SP 3 Pasien:

1. Mendiskusikan cara menyelesaikan masalah
2. Latihan cara menyelesaikan masalah

SP 4 Pasien:

1. Mendiskusikan cara hidup sehat
2. Latihan cara hidup sehat
3. Mendiskusikan tentang obat
4. Beri reinforcement positif dari apa yang telah diungkapkan oleh klien

SP 1 (Keluarga)

1. Mendiskusikan masalah yang dialami
2. Mendiskusikan tentang NAPZA
3. Mendiskusikan tahapan penyembuhan

SP 2 (Keluarga)

1. Mendiskusikan cara merawat
2. Mendiskusikan kondisi yang perlu dirujuk
3. Latihan cara merawat
4. Beri reinforcement positif bila telah dilakukan dengan baik

SP 3 (Keluarga)

1. Diskusikan tentang program terapi obat-obatan klien: jenis, waktu pemberian, dosis, lokasi, dan cara pemakaian obat, serta efek terapi dan efek samping terapi
2. Diskusikan akibat ketidakpatuhan terhadap program terapi
3. Observasi efek terapi dan efek samping program

SP 4 (Keluarga)

1. Motivasi keluarga untuk menggunakan sistem pendukung dimasyarakat
2. Persiapkan keluarga untuk menerima perubahan pola penyelesaian masalah klien
3. Beri dukungan semangat pada keluarga.

6. Tindakan Keperawatan

Strategi Pertemuan 1- Klien:

1) Mendiskusikan dampak penggunaan NAPZA bagi kesehatan, cara meningkatkan motivasi berhenti, dan cara mengontrol keinginan.
2) Melatih cara meningkatkan motivasi dan cara mengontrol keinginan.
3) Membuat jadwal latihan

Latihan SP 1-Klien

Orientasi

"Selamat pagi Dik, perkenalkan saya suster M". "Nama adik siapa?" "Lebih senang dipanggil apa" "Bagaimana keadaan kamu pagi ini?" "Kalau A tidak keberatan, selama 20 menit kedepan kita akan bercakap-cakap tentang kesehatan A?" "Bagaimana kalau kita bercakap-cakap di teras depan ruangan A?"

Kerja

"Apa yang biasa A pakai sebelum masuk ke pusat rehabilitasi ini?" "Ganja?"
"Apakah ada keluhan dengan kesehatan A?" "Bagaimana hubungan A dengan teman-teman A?" "Bagaimana dengan sekolah A?" "Sejak kapan A menggunakan ganja?" "Pada situasi yang bagaimana timbul keinginan A menghisap ganja?" "Apa saja akibat yang A rasakan kalau menghisap ganja?"
"Apakah A ingin berhenti?" "Bagus!" "Berapa kali A mencoba berhenti?" "Bagaimana perasaan A ketika tidak menghisap ganja?" "Apa yang menyebabkan A memakai ganja lagi?" "Baiklah kalau begitu, Suster akan
Jelaskan akibat kesehatan yang dapat terjadi. (Jelaskan sesuai jenis NAPZA
yang dipakai). "Yang mana yang sudah A alami?" "Jadi A ingin coba berhenti?"
"Sekarang mari kita bicarakan apa-apa saja yang masih dapat dibanggakan dari A, kita mulai dari:

* Diri A: "Coba A lihat aspek positif yang masih A miliki." "Betul A masih sangat muda, punya pendidikan, sehat, dan masa depan yang cerah sedang menunggu kamu, bagus sekali."
* Keluarga A: "A masih punya ayah, ibu, dan saudara-saudara kamu yang begitu perhatian dengan kamu". "Ternyata banyak sekali hal positif yang ada pada A" Sekarang bagaimana kalau A berlatih mensyukuri hal positif yang ada pada A" "Katakan saya masih muda, saya harus berhenti!" "Bagaimana kalau kita teruskan diskusi tentang cara-cara menghindari penggunaan ganja." "Ada beberapa cara yaitu:
    1. Hindari teman-teman A yang menawarkan ganja
    2. Kunjungi teman-teman yang tidak menggunakan
    3. Bicara pada teman-teman yang berhasil berhenti
    4. Kalau pergi keluar dari rumah sebaiknya ditemani keluarga

"Selain itu lakukan kegiatan-kegiatan yang bermanfaat." "Apa contohnya A?"
"Bagus!" "Mari kita buat jadwal kegiatannya."

Terminasi

"Bagaimana perasaan A setelah bercakap-cakap?" "Bagus sekali." "Nah, suster mau tanya lagi: "Coba A sebutkan kembali hal-hal positif yang masih A miliki!" "Bagus sekali" "Yang mana yang mau dilatih?" "Saya bisa berhenti." (Afirmasi).
"Sekarang coba sebutkan kembali cara menghindari penggunaan ganja!" "Benar" "Yang mana yang mau dilatih" "Nah, masukkan dalam jadwal latihannya dan dicoba" "Besok pagi suster akan datang kembali, kita akan diskusikan lagi hasil latihannya dan kita latih cara yang lain." "Bagaimana A" "Baiklah kalau begitu besok jam 11.00 kita ketemu ya." "Sampai jumpa"

Catatan:

Beberapa hal yang harus diperhatikan oleh perawat untuk membantu klien mengatasi *craving*/ nagih (keinginan untuk menggunakan kembali NAPZA) adalah sebagai berikut:

1) identifikasi rasa nagih muncul,
2) Ingat diri sendiri, rasa nagih normal muncul saat kita berhenti,
3) Ingatlah rasa nagih seperti kucing lapar, semakin lapar, semakin diberi makan semakin sering muncul,
4) Cari seseorang yang dapat mengalihkan dari rasa nagih,
5) Coba menyibukkan diri saat rasa nagih datang,
6) Tundalah penggunaan sampai beberapa saat,
7) Bicaralah pada seseorang yang dapat mendukung,
8) Lakukan sesuatu yang dapat membuat rileks dan nyaman,
9) Kunjungi teman-teman yang tidak menggunakan narkoba,
10) Tontonlah video, ke bioskop atau dengar musik yang dapat membuat rileks,
11) Dukunglah usaha anda untuk berhenti sekalipun sering berakhir dengan menggunakan lagi,
12) Bicara pada teman-teman yang berhasil berhenti, dan
13) Bicaralah pada teman-teman tentang bagaimana mereka menikmati hidup atau rilekslah untuk dapat banyak ide.

Menurut Keliat dkk. (2006), tujuan tindakan keperawatan untuk keluarga adalah sebagai berikut:

1) Keluarga dapat mengenal masalah ketidakmampuan anggota keluarganya berhenti menggunakan NAPZA
2) Keluarga dapat meningkatkan motivasi klien untuk berhenti
3) Keluarga dapat menjelaskan cara merawat klien NAPZA
4) Keluarga dapat mengidentifikasi kondisi pasien yang perlu dirujuk

Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan pada keluarga anatara lain:

1) Diskusikan tentang masalah yang dialami keluarga dalam merawat klien
2) Diskusikan bersama keluarga tentang penyalahgunaan/ketergantungan zat (tanda, gejala, penyebab, akibat) dan tahapan penyembuhan klien (pencegahan, pengobatan, dan rehabilitasi).
3) Diskusikan tentang kondisi klien yang perlu segera dirujuk seperti: intoksikasi berat, misalnya penurunan kesadaran, jalan sempoyongan, gangguan penglihatan (persepsi), kehilangan pengendalian diri, curiga yang berlebihan, melakukan kekerasan sampai menyerang orang lain. Kondisi lain dari klien yang perlu mendapat perhatian keluarga adalah gejala putus zat seperti nyeri (sakau), mual sampai muntah, diare, tidak dapat tidur, gelisah, tangan gemetar, cemas yang berlebihan, depresi (murung yang berkepanjangan).
4) Diskusikan dan latih keluarga merawat klien NAPZA dengan cara: menganjurkan keluarga meningkatkan motivasi klien untuk berhenti atau menghindari sikap-sikap yang dapat mendorong klien untuk memakai NAPZA lagi (misalnya menuduh klien sembarangan atau terus menerus mencurigai klien memakai lagi); mengajarkan keluarga mengenal ciri-ciri klien memakai NAPZA lagi (misalnya memaksa minta uang, ketahuan berbohong, ada tanda dan gejala intoksikasi); ajarkan keluarga untuk membantu klien menghindar atau mengalihkan perhatian dari keinginan untuk memakai NAPZA lagi; anjurkan keluarga memberikan pujian bila klien dapat berhenti walaupun 1 hari, 1 minggu atau 1 bulan; dan anjurkan keluarga mengawasi klien minum obat.

7. Evaluasi

Evaluasi yang diharapkan dari klien adalah sebagai berikut:

1. Klien mengetahui dampak NAPZA
2. Klien mampu melakukan cara meningkatkan motivasi untuk berhenti menggunakan NAPZA
3. Klien mampu mengontrol kemampuan keinginan menggunakan NAPZA kembali
4. Klien dapat menyelesaikan masalahnya dengan koping yang adaptif
5. Klien dapat menerapkan cara hidup yang sehat
6. Klien mematuhi program pengobatan

Evaluasi yang diharapkan dari keluarga adalah sebagai berikut:

1. Keluarga mengetahui masalah yang dialami klien
2. Keluarga mengetahui tentang NAPZA
3. Keluarga mengetahui tahapan proses penyembuhan klien
4. Keluarga berpartisipasi dalam merawat klien
5. Keluarga memberikan motivasi pada klien untuk sembuh
6. Keluarga mengawasi klien dalam minum obat

8. Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Data:

AY (20 tahun) mahasiswa salah satu PTS di kota Medan sudah 2 tahun terakhir ini menggunakan shabu-shabu. Sebelum menggunakan shabu-shabu, klien mengkonsumsi ectasy. Keluarga sudah 2 kali membawa AY ke panti rehabilitasi untuk mendapat pengobatan. Biasanya setelah menjalani rehabilitasi klien berhenti menggunakan shabu-shabu. Akan tetapi waktunya tidak lama, paling lama 6 bulan. Ini kali ketiga klien dirawat di panti rehabilitasi. Klien mengatakan sudah berusaha untuk menghentikan kebiasaan mengkonsumsi shabu-shabu. Tetapi keinginan itu tidak bertahan lama karena dia sering ketemu dan berkumpul bersama teman-teman pemakai NAPZA. Klien sulit untuk menolak ajakan teman-temannya.

Diagnosa Keperawatan:

Koping individu tidak efektif: belum mampu mengatasi keinginan menggunakan zat.

Tindakan Keperawatan:

1. Mendiskusikan tentang dampak penggunaan NAPZA bagi kesehatan
2. Mendiskusikan tentang cara meningkatkan motivasi untuk berhenti
3. Mendiskusikan tentang cara menghindar dari teman-teman pemakai NAPZA
4. Mendiskusikan tentang cara penyelesaian masalah secara sehat
5. Mendiskusikan tentang gaya hidup yang sehat
6. Melatih cara menghindar dan mengontrol keinginan menggunakan NAPZA kembali
7. Melatih cara menyelesaikan masalah: dicurigai/dituduh menggunakan NAPZA kembali oleh keluarga/sekolah/pekerjaan

Evaluasi:

S : Klien berjanji akan menghindari teman-temannya yang masih menggunakan NAPZA

O : Klien tampak tidak mau menemui teman kelompoknya ketika berkunjung untuk menjenguknya di panti rehabilitasi

A : Keinginan untuk menggunakan kembali NAPZA terkadang muncul

P : Menganjurkan klien untuk menambah kegiatan yang bersifat positif seperti aktif dalam kegiatan ibadah di panti rehabilitasi, olahraga melanjutkan kembali membuat jadwal kegiatan klien.

BAB 27

Asuhan Keperawatan pada Kedaruratan Klien Amuk

A. Definisi Perilaku Kekerasan (Amuk)

Agresi/Amuk merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Agresi merupakan salah satu kegawatdaruratan psikiatri yang memerlukan intervensi teraupetik yang segera (Kaplan, 1997). Kekerasan (amuk) adalah perilaku tak terkendali yang ditandai dengan menyentuh diri sendiri atau orang lain secara menakutkan, mengancam disertai melukai pada tingkat ringan sampai melukai/merusak secara serius. Perilaku amuk (kekerasan) adalah salah satu bentuk ekspresi perasaan marah.

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik baik terhadap diri sendiri, orang lain maupun lingkungan. Hal tersebut dilakukan untuk mengungkapkan perasaan kesal atau marah yang tidak konstruktif di mana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain yang sering di sebut juga gaduh gelisah atau amuk di mana seseorang marah berespon terhadap suatu stressor dengan gerakan motorik yang tidak terkontrol (Stuart dan Sundeen, 1995). Perilaku kekerasan (agresif) adalah suatu bentuk perilaku yang diarahkan pada tujuan menyakiti atau melukai orang lain yang dimotivasi menghindari perilaku tersebut. Jadi perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana bentuk perilaku yang membahayakan yang bertujuan untuk menyakiti diri sendiri maupun orang lain secara fisik maupun fisiologis sebagai ungkapan perasaan yang dialami oleh seseorang.

B. Etiologi

1. Faktor predisposisi

1) Psikologis
   Kegagalan, masa kanak-kanak yang tidak menyenangkan, perasaan ditolak, dihina, dianiaya atau saksi penganiayaan.
2) Perilaku
   Reinforcement yang diterima pada saat melakukan kekerasan (misal:"Bagus, pukul lagi, kamu kan anak laki!"). Sering mengobservasi kekerasan di rumah/di luar rumah, semua aspek ini menstimulasi individu untuk mengadopsi perilaku kekerasan.
3) Sosial budaya
   Budaya tertutup dan kontrol sosial yang tidak pasti terhadap pelaku kekerasan akan menciptakan seolah-olah perilaku kekerasan diterima.
4) Bioneurologis
   Kerusakan otak pada system limbic, lobus frontal, lobus temporal dan ketidak-seimbangan neurotransmitter turut berperan dalam terjadinya perilaku kekerasan.
5) Meski perilaku kekerasan sukar diprediksi karena setiap orang dapat bertindak keras, ada kelompok tertentu yang memiliki kecenderungan untuk melakukannya.
   Kelompok itu adalah:
   - pria berusia 15 - 25 tahun,
   - orang kota,
   - kulit hitam,
   - atau subgrup dengan budaya kekerasan;
   - peminum alkohol.
6) Individu yang beresiko melakukan tindak kekerasan adalah:
   a) Riwayat perilaku kekerasan pada masa lalu,
   b) Pengguna aktif alkohol,
   c) Kekerasan fisik pada masa kanak-kanak
   d) Trauma otak.

2. Faktor Presipitasi (Pencetus)

Berbagai macam stressor dalam kehidupan dapat menjadi pencetus perilaku kekerasan. Stressor bisa berasal dari diri sendiri (kelemahan/penyakit fisik, keputus-asaan, kegagalan meraih sesuatu yang diinginkan, harga diri rendah), situasi lingkungan (lingkungan yang ribut, padat), atau interaksi dengan orang lain (kritikan yang mengarah pada hinaan, kehilangan orang/barang yang dicintai, perasaan ditolak/diabaikkan, dizalimi, dsb).

C. Tanda dan Gejala

Secara fisik terjadi perubahan-perubahan pada individu seiring dengan meningkatnya kemarahan seperti:

- muka merah,
- pandangan tajam,
- otot-otot tegang,
- nada suara meninggi,
- dan berdebat.

Sering pula tampak pada pasien jiwa dengan perilaku kekerasan memaksakan kehendak misalnya merampas barang, memukul jika tidak senang. Secara verbal, tidak jarang individu menyatakan perasaan marahnya dengan kasar dan nada tinggi sehingga menarik perhatian. Umumnya tidak sulit untuk menentukan seseorang dalam keadaan amuk karena perubahan perilakunya tampak jelas. Yang sulit adalah memprediksikan seseorang akan melakukan tindak kekerasan.

1). Tanda dari ancaman kekerasan
   a. Tindakan kekerasan yang baru dilakukan, termasuk kekerasan hak memilih
   b. Ancaman verbal atau fisik
   c. Membawa senjata atau benda lain yang dapat dipergunakan sebagai senjata (misalnya garpu, nampan).
   d. Agitasi psikomotor yang progresif
   e. Intoksikasi obat atau alcohol
   f. Gambaran paranoid pada pasien psikotik
   g. Perintah kekerasan dari halusinasi dengar – beberapa pasien tetapi tidak semuanya berada pada resiko tinggi.
   h. Gangguan mental organic, globat atau dengan temuan lobus frontal, lebih jarang pada temuan lobus temporal (kontroversial).
   i. Pasien dengan luapan katatonik
   j. Pasien tertentu dengan mania
   k. Pasien tertentu dengan agitasi depresi
   l. Pasien dengan gangguan kepribadian yang rentan terhadap kemarahan, kekerasan, atau diskontrol impuls.
2). Nilailah risiko kekerasan
   a. Pertimbangkan ide kekerasan, keinginan, intensi, rencana, ketersediaan alat-alat, penerapan rencana, keinginan mencari bantuan
   b. Pertimbangkan demografi – jenis kelamin (laki-laki), usia (15-24), status sosial ekonomi (rendah), bantuan sosial (sedikit).
   c. Pertimbangkan riwayat lalu: kekerasan, tindakan antisosial yang bukan kekerasan, diskontrol impuls (mis.berjudi, penyalahgunaan obat, bunuh diri atau , melukai diri sendiri, psikosis).

d. Pertimbangkan stressor yang jelas (mis. Konflik perkawinan, kehilangan yang nyata atau simbolik).

3) Skala RUFA Perilaku Kekerasan (PK)

Pada keperawatan kategori pasien dibuat dengan skala RUFA (Respon Umum Fungsi Adaptif)/GARF (*Global Assestment of Response Funcitioning*) yang merupakan modifikasi dari skor GARF karena keperawatan menggunakan pendekatan respon manusia dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan fungsi respon yang adaptif. Keperawatan meyakini bahwa kondisi manusia selalu bergerak pada rentang adaptif dan maladaptive. Ada saat individu tersebut berada pada titik yang paling maladaptive.

Kondisi adaptif dan maladaptive ini dapat dilihat atau diukur dari respon yang ditampilkan. Dari respon ini kemudian dirumuskan diagnosa skor RUFA yang dibuat berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditemukan pada pasien. Sehingga setiap diagnosa keperawatan memiliki kriteria Skor RUFA tresendiri. Contoh Skala RUFA perilaku kekerasan.

a). Domain RUFA 1-10

Melecehkan orang lain, jahat, mengancam. Perasaan labil, mudah tersinggung, ekspresi tegang, marah-marah, dendam, merasa tidak aman.

b) Domain RUFA 11-20

Melukai diri sendiri, orang lain, merusak lingkungan, mengamuk, menentang, mengancam, mata melotot, bicara kasar, intonasi tinggi, menghina orang lain, menuntut, berdebat. Muka merah, pandangan tajam, nafas pendek, keringat (+) .

c) Domain RUFA 21-30

Menentang, mengancam, mata melotot, bicara kasar, intonasi sedang, menghina orang lain, menuntut, berdebat, pandangan tajam.

D. Asuhan Keperawatan Perilaku Kekerasan (Amuk)

1. Pengkajian

Seorang perawat harus berjaga-jaga terhadap adanya peningkatan agitasi pada klien, hierarki perilaku agresif dan kekerasan. Disamping itu, perawat harus mengkaji pula afek klien yang berhubungan dengan perilaku agresif.

Kelengkapan pengkajian dapat membantu perawat:

1. Membangun hubungan yang terapeutik dengan klien
2. Mengkaji perilaku klien yang berpotensi kekerasan
3. Mengembangkan suatu perencanaan
4. Mengimplementasikan perencanaan
5. Mencegah perilaku agresif dan kekerasan dengan terapi

Dan bila klien dianggap hendak melakukan kekerasan, maka perawat harus

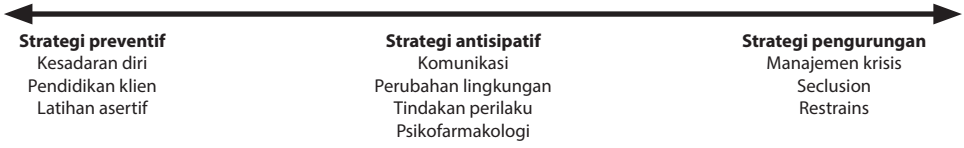
1. Melaksanakan prosedur klinik yang sesuai untuk melindungi klien dan tenaga kesehatan.
2. Beritahu ketua tim
3. Bila perlu, minta bantuan keamanan
4. Kaji lingkungan dan buat perubahan yang perlu
5. Beritahu dokter dan kaji PRN untuk pemberian obat.

Perilaku yang berhubungan dengan agresi:

1. Agitasi motorik: bergerak cepat, tidak mampu duduk diam, memukul dengan tinju kuat, mengapit kuat, respirasi meningkat, membentuk aktivitas motorik tiba-tiba (katatonia).
2. Verbal: mengancam pada objek yang tidak nyata, mengacau minta perhatian, bicara keras-keras, menunjukkan adanya delusi pikiran paranoid.
3. Afek: marah, permusuhan, kecemasan yang ekstrim, mudah terangsang, euphoria tidak sesuai atau berlebihan, afek labil.
4. Tingkat kesadaran: bingung, status mental berubah tiba-tiba, disorientasi, kerusakan memori, tidak mampu dialihkan.

2. Perencanaan

Perawat dapat mengimplementasikan berbagai intervensi untuk mencegah dan memanage perilaku agresif. Intervensi dapat melalui rentang intervensi keperawatan.



Keterangan:

a. Strategi preventif

1) Kesadaran diri

Perawat harus menyadari bahwa stress yang dihadapinya dapat mempengaruhi komunikasinya dengan klien. Bila perawat tersebut merasa letih, cemas, marah, atau apatis maka akan sulit baginya untuk membuat klien tertarik. Oleh karenanya, bila perawat itu sendiri dipenuhi dengan masalah, maka energy yang dimilikinya bagi klien menjadi berkurang. Untuk mencegah semua itu, maka perawat harus terus menerus menginkatkan kesadaran dirinya dan melakukan supervise dengan memisahkan antara masalah pribadi dan masalah klien.

2) Pendidikan klien

pendidikan yang diberikan mengenai cara berkomunikasi dan cara mengekspresikan marah yang tepat. Banyakklien yang mengalami kesulitan mengekspresikan perasaannya, kebutuhan, hasrat, dan bahkan kesulitan mengkomunikasikan semua ini kepada orang lain. Jadi dengan perawat berkomunikasi diharapkan agar klien

mau mengekspresikan perasaannya, lalu perawat menilai apakah respon yang diberikan klien adaptif atau maladaptive.

3) Latihan Asertif

Kemampuan dasar interpersonal yang harus dimiliki perawat:

- Berkomunikasi secara langsung dengan setiap orang.
- Mengatakan "tidak" untuk sesuatu yang tidak beralasan
- Sanggup melakukan complain.
- Mengekspresikan penghargaan dengan tepat.

b. Strategi antisipatif

1) Komunikasi

Strategi berkomunikasi dengan klien perilaku agresif:

- Bersikap tenang dan bicara lembut;
- Bicara tidak dengan cara menghakimi;
- Bicara netral dan dengan cara yang konkrit;
- Tunjukkan respek pada klien;
- Hindari intensitas kontak mata langsung;
- Demontrasikan cara mengontrol situasi tanpa kesan berlebihan;
- Fasilitasi pembicaraan klien;
- Dengarkan klien;
- Jangan terburu-buru menginterpretasikan;
- Jangan buat janju yang tidak dapat perawat tepati.

2) Perubahan lingkungan

unit perawatan sebaiknya menyediakan berbagai aktivitas seperti: membaca, grup program yang dapat mengurangi perilaku klien yang tidak sesuai dan meningkatkan adaptasi sosialnya.

3) Tindakan Perilaku

Pada dasarnya membuyat kontrak dengtan klien mengenai perilaku yang dapat diterima dan yang tidak dapat diterima, konsekuensi yang didapat bila kontrak dilanggar, dan apa saja kontribusi perawat selama perawatan.

4) Psikofarmakologi

a) Antianxiety dan sedative-hipnotics.

Obat-obatan ini dapat mengendalikan agitasi yang akut. Benzodiazepines seperti lorazepam dan clonazepam, sering digunakan dalam kedaruratan psikiatrik untuk menenangkan perlawanan klien. Tapi obat ini tidak direkomendasikan untuk penggunaan dalam waktu lama karena dapat menyebabkan kebingungan dan ketergantungan, juga bisa memperburuk symptom depersi. Selanjutnya, pada beberapa klien yang mengalami disinhibiting effect dari berzodiazepines, dapat mengakibatkan peningkatan perilaku agresif. Buspirone obat antianxiety, efektif dalam mengendalikan perilaku kekerasan yang berkaitan dengan kecemasan dan depresi. Ini

ditunjukkan dengan menurunnya perilaku agresif dan agitasi klien dengan cedera kepala, demensia, dan developmental disability.

b) Antidepressants

Penggunaan obat ini mampu mengontrol impulsive dan perilaku agresif klien yang berkaitan dengan perubahan mood. Amitriptyline dan trazodone, efektif untuk menghilangkan agresivitas yang berhubungan dengan cedera kepala dan gangguan mental organic.

Mood stabilizers, penelitian menunjukkan bahwa pemberian lithium efektif untuk agresif karena manic. Pada beberapa kasus, pemberiannya untuk menurunkan perilaku agresif yang disebabkan oleh gangguan lain seperti RM, cedera kepala, skozofrenia, gangguan kepribadian. Pada klien dengan epilepsy lobus temporal, bisa meningkatkan perilaku agresif.

Pemberikan carbamazepines dapat mengendalikan perilaku agresif pada klien dengan kelainan EEGs (electroencephalograms).

c) Antipsychotic

Obat-obatan ini biasanya dipergunakan untuk perawatan perilaku agresif. Bila agitasi terjadi karena delusi, halusinasi, atau perilaku psikotik lainnya, maka pemberian obat ini dapat membantu, namun diberikan hanya untuk 1-2 minggu sebelum efeknya dirasakan.

d) Medikasi lainnya; banyak kasus menunjukkan bahwa mencederai diri. Betablockers seperti propanolol dapat menurunkan perilaku kekerasan pada anak dan pada klien dengan gangguan mental organic.

c. **Strategi pengurungan**

1) Managemen Krisis

Bila pada waktu intervensi awal tidak berhasil, maka diperlukan intervensi yang lebih aktif. Prosedur penanganan kedaruratan psikiatrik:

1. Identifikasi pemimpin tim krisis. Sebaiknya dari perawat karena yang bertanggung jawab selama 24 jam.
2. Bentuk tim krisis. Meliputi, dokter, perawat, dan koselor.
3. Beritahu petugas keamanan jika perlu. Ketua tim harus menjelaskan apa saja yang menjadi tugasnya selama penangan klien.
4. Jauhkan klien lain dari lingkungan.
5. Lakukan pengekangan, jika memungkinkan.
6. Pikirkan suatu rencana pengangan krisis dan beritahu tim.
7. Tugaskan anggota tim untuk mengamankan anggota tubuh klien.
8. Jelaskan perlunya intervensi tersebut kepada klien dan upayakan untuk kerja sama.
9. Pengekangan klien jika diminta oleh ketua tim krisis. Ketua tim harus segera mengkaji situasi lingkungan sekitar untuk tetap melindungi keselamatan klien dan timnya.

10. Berikan obat jika diinstruksikan.
11. Pertahankan pendikatan yang tenang dan konsisten terhadap klien.
12. Tinjau kembali intervensi penanganan krisis dengan tim krisis.
13. Proses kejadian dengan klien lain dan staf harus tepat.
14. Secara bertahap mengintergrasikan kembali klien dengan lingkungan.

2) *Seclusion*

a. Pengekanan Fisik

Merupakan tindakan keperawatan yang terakhir. Ada dua macam, pengekangan fisik secara mekanik (menggunakan manset, sprei pengekang) atau isolasi (menempatkan klien dalam suatu ruangan di mana klien tidak dapat keluar atas kemauannya sendiri).

Jenis pengekangan mekanik:

- Camisoles (jaket pengekang)
- Manset untuk pergelangan tangan,
- Manset untuk pergelangan kaki, dan
- Menggunakan sprei.

Indikasi pengekangan:

1. Perilaku amuk yang membahayakan diri sendiri atau orang lain.
2. Perilaku agitasi yang tidak dapat dikendalikan dengan pengobatan.
3. Ancaman terhadap integritas fisik yang berhubungan dengan penolakan klien untuk beristirahat, makan, dan minum.
4. Permintaan klien untuk pengendalian perilaku eksternal. Pastikan tindakan ini telah dikaji dan berindikasi terapeutik.

b. Pengekangan dengan sprei basah atau dingin.

Klien dapat diimobilisasi dengan membalutnya seperti mummi dalam lapisan sprei dan selimut. Lapisan paling dalam terdiri atas sprei yang telah diremdam dalam air es. Walaupun mula-mula terasa dingin, balutan segera menjadi hangat dan menenangkan. Hal ini dilakukan pada perilaku amuk atau agitasi yang tidak dapat dikendalikan dengan obat.

Intervensi keperawatan:

1. Baringkan klien dengan pakaian rumah sakit di atas tempat tidur yang tahan air.
2. Balutkan sprei pada tubuh klien dengan rapid an pastikan bahwa permukaan kulit tidak saling bersentuhan.
3. Tutupi sprei basah dengan selapis selimut.
4. Amati klien dengan konstan.
5. Pantau suhu, nadi, dan pernapasan. Jika tampak sesuatu yang bermakna, buka pengekangan.
6. Berikan cairan sesering mungkin.
7. Pertahankan suasana lingkungan yang tenang.

8. Kontak verbal dengan suara yang menenangkan.
9. Lepaskan balutan setelah lebih kurang 2 jam.
10. Lakukan perawatan kulit sebelum membantu klien berpakaian.

3) ***Restrains***

Tujuan tindakan keperawatan adalah memonitor alat restrain mekanik atau restrain manual terhadap pergerakan klien. Dapatkan ijin dokter bila diharuskan karena kebijakan insitusi.

a. Isolasi

Adalah menempatkan klien dalam suatu ruangan dimana klien tidak dapat keluar atas kemauannya sendiri. Tingkatan pengisolasian dapat berkisar dari penempatan dalam ruangan yang tertutup tapi tidak terkunci sampai pada penempatan dalam ruang terkunci dengan kasur tanpa sprei di lantai, kesempatan berkomunikasi yang dibatasi, dan klien memakai pakaian RS atau kain terpal yang berat.

Indikasi penggunaan:

- Pengendalian perilaku amuk yang potensial membahayakan klien atau orang lain dan tidak dapat dikendalikan oleh orang lain dengan intervensi pengendalian yang longgar, seperti kontak interpersonal atau pengobatan,
- Reduksi stimulus lingkungan, terutama jika diminta oleh klien.

Kontraindikasi:

- Kebutuhan untuk pengamatan masalah medic.
- Risiko tinggi untuk bunuh diri.
- Potensial tidak dapat mentoleransi deprivasi sensori.
- Hukunan.

***b.* Pengekangan menggunakan tali**

Klien dapat diimobilisasi dengan mengikat ekstremitas dengan tali. Pasien dibaringkan ditempat tidur kemudian diikat menggunakan tali, pengikatan ini bertujuan untuk menenangkan pasien meskipun awalnya terasa menykitkan. Hal ini dilakukan pada perilaku amuk atau agitasi yang tidak dapat dikendalikan dengan obat.

Intervensi keperawatan:

1. Ajak pasien komunikasi, tanyakan hal yang menyebabkan klien marah.
2. Jika klien tetap amuk dan ingin menyerang baringkan pasien ditempat tidur
3. lakukan viksasi pada pasien dengan bantuan tim dengan tetap leader berkomuikasi dengan pasien
4. Viksasi ekstremitas pasien dimulai dari bagian terkuat dari pasien dimulai dari tangan kanan pasien kaki kanan, tangan kiri dan kaki kiri
5. Amati pasien dengan konstan
6. Observasi tanda vital seperti TD, suhu, nadi dan pernafasan

7. Dengan tetap mempertahan kan komunikasi verbal yang menyenankan dengan pasien dan pertahan kan lingkungan yang tenang bagi pasien
8. Jika pasien masih tetap amuk suntukkan obat relaksan
9. Lepas viksasi jika pasien sudah mulai tenang
10. Buat janji dengan pasien jika viksasi dilepas tidak akan amauk lagi
11. Lepas viksasi dimulai dari anggota ekstremitas terlemah dimulai dari kaki kiri, tangan kiri, kaki kanan dan tangan kanan
12. Bantu klien mengontrol amarah

Bagaimana penanganan pasien dengan perilaku amuk di RS?

Penanganan pasien amuk di RS terdiri dari Managemen Krisis dan Managemen Perilaku Kekerasan. Managemen krisis adalah penanganan yang dilakukan pada saat terjadi perilaku amuk oleh pasien. Tujuannya untuk menenangkan pasien dan mencegah pasien bertindak membahayakan diri, orang lain dan lingkungan karena perilakunya yang tidak terkontrol. Sedangkan managemen perilaku kekerasan adalah penanganan yang dilakukan setelah situasi krisis terlampaui, di mana pasien telah dapat mengendalikan luapan emosinya meski masih ada potensi untuk untuk meledak lagi bila ada pencetusnya.

Pada saat situasi krisis, di mana pasien mengalami luapan emosi yang hebat, sangat mungkin pasien melakukan tindak kekerasan yang membahayakan baik untuk diri pasien, orang lain, maupun lingkungan. Walaupun sulit sedapat mungkin pasien diminta untuk tetap tenang dan mampu mengendalikan perilakunya. Bicara dengan tenang, nada suara rendah, gerakan tidak terburu-buru, sikap konsisten dan menunjukkan kepedulian dari petugas kepada pasien biasanya mampu mempengaruhi pasien untuk mengontrol emosi dan perilakunya dengan lebih baik. Bila pasien tidak bisa mengendalikan perilakunya maka tindakan pembatasan gerak (isolasi) dengan menempatkan pasien di kamar isolasi harus dilakukan. Pasien dibatasi pergerakannya karena dapat mencederai orang lain atau dicederai orang lain, membutuhkan pembatasan interaksi dengan orang lain dan memerlukan pengurangan stimulus dari lingkungan.

Pada saat akan dilakukan tindakan isolasi ini pasien diberi penjelasan mengenai tujuan dan prosedur yang akan dilakukan sehingga pasien tidak merasa terancam dan mungkin ia akan bersikap lebih kooperatif. Selama dalam kamar isolasi, supervisi dilakukan secara periodik untuk memantau kondisi pasien dan memberikan tindakan keperawatan yang dibutuhkan termasuk memenuhi kebutuhan dasarnya. Bila tindakan isolasi tidak bermanfaat dan perilaku pasien tetap berbahaya, berpotensi melukai diri sendiri atau orang lain maka alternatif lain adalah dengan melakukan pengekangan/pengikatan fisik. Tindakan ini masih umum digunakan petugas di RS dengan disertai penggunaan obat psikotropika.

Untuk menghindari ego pasien terluka karena pengikatan, perlu dijelaskan kepada pasien bahwa tindakan pengikatan dilakukan bukan sebagai hukuman melainkan pencegahan

resiko yang dapat ditimbulkan oleh perilaku pasien yang tidak terkendali. Selain itu juga perlu disampaikan pula indikasi penghentian tindakan pengekangan sehingga pasien dapat berpartisipasi dalam memperbaiki keadaan. Selama pengikatan, pasien disupervisi secara periodik untuk mengetahui perkembangan kondisi pasien dan memberikan tindakan keperawatan yang diperlukan. Selanjutnya pengekangan dikurangi secara bertahap sesuai kemampuan pasien dalam mengendalikan emosi dan perilakunya, ikatan dibuka satu demi satu, dilanjutkan dengan pembatasan gerak (isolasi), dan akhirnya kembali ke lingkungan semula.

Pasien yang melakukan kekerasan dan melawan paling efektif ditenangkan dengan obat sedatif dan atau antipsikotik yang sesuai. Obat sedatif yang biasa digunakan misalnya Valium injeksi 5 - 10 mg atau lorazepam (Ativan) 2 -4 mg yang bisa diberikan secara intramuskuler atau intravaskuler. Pada umumnya obat antipsikotik yang paling bermanfaat untuk pasien jiwa yang melakukan kekerasan adalah injeksi Haloperidol 5 -10 mg yang diberikan secara intra muskuler.

Alternatif lain jika obat-obat farmakoterapi tidak efektif adalah dengan ECT (Electro ConvulsionTherapy), suatu upaya menimbulkan kejang umum dengan induksi listrik pada sel otak. Aliran listrik yang digunakan sangat kecil dan berlangsung sangat singkat. Untuk mendapatkan efek menguntungkan dari ECT maka kejang umum harus timbul segera setelah pemberian ECT. Biasanya setelah mengalami kejang umum, pasien akan tertidur beberapa saat dan ketika bangun perilaku agitatifnya sudah menurun. Therapi ini aman dan efektif untuk mengendalikan kekerasan psikotik.

3. Evaluasi

Perawat dapat mengobservasi perilaku klien yang dapat mengindikasikan evaluasi yang positif:

1. Identifikasi situasi yang dapat membangkitkan kemarahan klien
2. Bagaimana keadaan klien saat marah dan benci pada orang tersebut
3. Sudahkah klien menyadari akibat dari marah dan pengaruhnya pada yang lain
4. Buatlah komentar yang kritikal
5. Apakah klien sudah mampu mengekspresikan sesuatu yang berbeda
6. Klien mampu menggunakan aktivitas fisik untuk mengurangi perasaan marahnya
7. Mampu mentoleransi rasa marahnya
8. Konsep diri klien sudah meningkat
9. Kemandirian dalam berpikir dan aktivitas meningkat.

FORMAT EVALUASI
MANAJEMEN PERILAKU KEKERASAN (PK)

No	Aspek yang dinilai	Bobot	1	2	3	4
1	**Pra Interaksi** 1. Membentuk tim krisis 2. Persiapan alat	1				
2	**Pembatasan gerak** 1. Menjelaskan tujuan pada klien 2. Membuat perjanjian dengan kliien	2				
3	**Pengekangan Fisik** 1. Menjelaskan tujuan pada klien 2. Pengikatan klien 3. Perawatan daerah pengikatan 4. Melatih mengontrol perilaku kekerasan dengan cara: a. Fisik b. Verbal c. Sosial d. Spiritual 5. Melepaskan pengikatan secara bertahap	2 2				
	JUMLAH NILAI	7				

NILAI:

$$\frac{\text{SKOR YANG DICAPAI}}{\text{SKOR MAX}} \times 100$$

4: Baik
3: Sedang
2: Kurang
1: Sangat kurang

BAB 28

Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Resiko Bunuh Diri

A. Latar Belakang

Bunuh diri adalah tindakan agresif yang merusak diri sendiri dan dapat mengakhiri kehidupan. Menurut Prayitno (1983) tindakan bunuh diri di Jakarta 2,3 per 100.000 penduduk. Data dari Badan Kesehatan Dunia (WHO) pada tahun 2003 mengungkapkan bahwa 1 juta orang bunuh diri dalam setiap tahunnya atau setiap 40 detik, bunuh diri juga satu dari tiga penyebab utama kematian pada usia 15-34 tahun, selain karena faktor kecelakaan. Pada laki-laki tiga kali lebih sering melakukan bunuh diri daripada wanita, karena laki-laki lebih sering menggunakan alat yang lebih efektif untuk bunuh diri, antara lain dengan pistol, menggantung diri, atau lompat dari gedung yang tinggi, sedangkan wanita lebih sering menggunakan zat psikoaktif overdosis atau racun, namun sekarang mereka lebih sering menggunakan pistol. Selain itu wanita lebih sering memilih cara menyelamatkan dirinya sendiri atau diselamatkan orang lain.

Percobaan bunuh diri 10 kali lebih sering, peracunan diri sendiri bertanggung jawab bagi 15% dari pasien medis yang masuk rumah sakit dan pada pasien dibawah 40 tahun menjadi penyebab terbanyak. Masalah ini bersifat emosional, peracunan diri sendiri secara khusus cenderung membangkitkan respon tak rasional dan agresif dari perawat dan dokter (Ingram, Timbury dan Mowbray, 1993).Bunuh diri merupakan kedaruratan psikiatri karena klien berada dalam keadaan stres yang tinggi dan menggunakan koping yang maladaptif.Situasi gawat pada bunuh diri adalah saat ide bunuh diri timbul secara berulang tanpa rencana yang spesipik untuk bunuh diri.Bunuh diri merupakan salah satu bentuk kegawat daruratan psikiatri. Meskipun suicide adalah perilaku yang membutuhkan pengkajian yang komprehensif pada

depresi, penyalahgunaan NAPZA , skizofrenia, gangguan kepribadian(paranoid, borderline, antisocial), suicide tidak bisa disamakan dengan penyakit mental.

B. Definisi Bunuh Diri

Resiko bunuh diri adalah resiko untuk mencederai diri sendiri yang dapat mengancam kehidupan. Bunuh diri merupakan kedaruratan psikiatri karena merupakan perilaku untuk mengakhiri kehidupannya. Perilaku bunuh diri disebabkan karena stress yang tinggi dan berkepanjangan dimana individu gagal dalam melakukan mekanisme koping yang digunakan dalam mengatasi masalah. Beberapa alasan individu mengakhiri kehidupan adalah kegagalan untuk beradaptasi, sehingga tidak dapat menghadapi stress, perasaan terisolasi, dapat terjadi karena kehilangan hubungan interpersonal/gagal melakukan hubungan yang berarti, perasaan marah/bermusuhan, bunuh diri dapat merupakan hukuman pada diri sendiri, cara untuk mengakhiri keputusasaan (Stuart, 2006).

Bunuh diri adalah suatu keadaan dimana individu mengalami resiko menyakiti diri sendiri atau melakukan tindakan yang dapat mengancam nyawa. Perilaku destruktif diri yang mencakup setiap bentuk aktivitas bunuh diri, niatnya adalah kematian dan individu menyadari hal ini sebagai sesuatu yang diinginkan dan dengan sengaja dilakukan oleh seseorang yang tahu akan akibatnya, yang dilakukan dalam waktu singkat. Pada umumnya tindakan bunuh diri merupakan cara ekspresi orang yang penuh stress. Jadi, bunuh diri adalah suatu tindakan maladaptive dengan cara mencederai bahkan menghilangkan nyawa sendiri yang dilakukan secara sadar untuk mengakhiri keputusasaannya.

Menurut Durkheim, bunuh diri dibagi menjadi tiga jenis, yaitu:

a. Bunuh diri egoistic (faktor dalam diri seseorang)
   Individu tidak mampu berinteraksi dengan masyarakat, ini disebabkan oleh kondisi kebudayaan atau karena masyarakat yang menjadikan individu itu seolah-olah tidak berkepribadian. Kegagalan integrasi dalam keluarga dapat menerangkan mengapa mereka tidak menikah lebih rentan untuk melakukan percobaan bunuh diri dibandingkan mereka yang menikah.
b. Bunuh diri altruistic (terkait kehormatan seseorang)
   Individu terkait pada tuntutan tradisi khusus ataupun ia cenderung untuk bunuh diri karena indentifikasi terlalu kuat dengan suatu kelompok, ia merasa kelompok tersebut sangat mengharapkannya.
c. Bunuh diri anomik (faktor lingkungan dan tekanan)
   Hal ini terjadi bila terdapat gangguan keseimbangan integrasi antara individu dan masyarakat, sehingga individu tersebut meninggalkan norma-norma kelakuan yang biasa. Individu kehilangan pegangan dan tujuan. Masyarakat atau kelompoknya tidak memberikan kepuasan padanya karena tidak ada pengaturan atau pengawasan terhadap kebutuhan-kebutuhannya.

C. Proses Terjadinya

1. Etiologi

Berdasarkan teori terdapat 3 penyebab terjadinya bunuh diri adalah sebagai berikut:

1. Genetic dan teori biologi
   Factor genetic mempengaruhi terjadinya resiko bunuh diri pada keturunannya. Disamping itu adanya penurunan serotonin dapat menyebabkan depresi yang berkontribusi terjadinya resiko buuh diri.
2. Teori sosiologi
   Emile Durkheim membagi suicide dalam 3 kategori yaitu: Egoistik (orang yang tidak terintegrasi pada kelompok social) , atruistik (Melakukan suicide untuk kebaikan masyarakat) dan anomic (suicide karena kesulitan dalam berhubungan dengan orang lain dan beradaptasi dengan stressor).
3. Teori psikologi
   Sigmund Freud dan Karl Menninger meyakini bahwa bunuh diri merupakan hasil dari marah yang diarahkan pada diri sendiri.

Penyebab terjadinya bunuh diri, dari masing-masing golongan usia:

1. Pada anak
   a. Pelarian dari penganiayaan atau pemerkosaan
   b. Situasi keluarga yang kacau
   c. Perasaan tidak disayang atau selalu dikritik
   d. Gagal sekolah
   e. Takut atau dihina di sekolah
   f. Kehilangan orang yang dicintai
   g. Di hukum orang lain
2. Pada remaja
   a. Hubungan interpersonal yang tidak bermakna
   b. Sulit mempertahankan hubungan interpersonal
   c. Pelarian dari penganiayaan fisik atau pemerkosaan
   d. Perasaan tidak dimengerti orang lain
   e. Kehilangan orang yang dicintai
   f. Keadaan fisik
   g. Masalah dengan orang tua
   h. Masalah seksual
3. Pada dewasa
   a. Self-ideal terlalu tinggi
   b. Cemas akan tugas akademik yang banyak
   c. Kegagalan akademik

d. Kehilangan penghargaan dan kasih sayang orang tua
e. Kompetisi untuk sukses

4. Pada usia lanjut
   a. Perubahan status dari mandiri ke ketergantungan
   b. Penyakit yang menurunkan kemampuan berfungsi
   c. Perasaan tidak berarti di masyarakat
   d. Kesepian dan isolasi sosial
   e. Kehilangan ganda (seperti pekerjaan , kesehatan, pasangan)
   f. Sumber hidup berkurang

Penyebab bunuh diri berdasarkan proses terjadinya sebagai berikut:

a. Faktor Predisposisi

   Lima factor predisposisi yang menunjang pada pemahaman perilaku destruktif-diri sepanjang siklus kehidupan adalah sebagai berikut:

   1. Diagnosis Psikiatrik

      Lebih dari 90% orang dewasa yang mengakhiri hidupnya dengan cara bunuh diri mempunyai riwayat gangguan jiwa. Tiga gangguan jiwa yang dapat membuat individu berisiko untuk melakukan tindakan bunuh diri adalah gangguan afektif, penyalahgunaan zat, dan skizofrenia.

   2. Sifat Kepribadian

      Tiga tipe kepribadian yang erat hubungannya dengan besarnya resiko bunuh diri adalah antipati, impulsif, dan depresi.

   3. Lingkungan Psikososial

      Faktor predisposisi terjadinya perilaku bunuh diri, diantaranya adalah pengalaman kehilangan, kehilangan dukungan sosial, kejadian-kejadian negatif dalam hidup, penyakit krinis, perpisahan, atau bahkan perceraian.Kekuatan dukungan social sangat penting dalam menciptakan intervensi yang terapeutik, dengan terlebih dahulu mengetahui penyebab masalah, respons seseorang dalam menghadapi masalah tersebut, dan lain-lain.

   4. Riwayat Keluarga

      Riwayat keluarga yang pernah melakukan bunuh diri merupakan factor penting yang dapat menyebabkan seseorang melakukan tindakan bunuh diri.

   5. Faktor Biokimia

      Data menunjukkan bahwa pada klien dengan resiko bunuh diri terjadi peningkatan zat-zat kimia yang terdapat di dalam otak sepeti serotonin, adrenalin, dan dopamine. Peningkatan zat tersebut dapat dilihat melalui ekaman gelombang otak *Electro Encephalo Graph* (EEG).

b. Faktor Presipitasi
   Perilaku destruktif diri dapat ditimbulkan oleh stress berlebihan yang dialami oleh individu. Pencetusnya sering kali berupa kejadian hidup yang memalukan.Faktor lain yang dapat menjadi pencetus adalah melihat atau membaca melalui media mengenai orang yang melakukan bunuh diri ataupun percobaan bunuh diri. Bagi individu yang emosinya labil, hal tersebut menjadi sangat rentan.
c. Perilaku Koping
   Klien dengan penyakit kronik atau penyakit yang mengancam kehidupan dapat melakukan perilaku bunuh diri dan sering kali orang ini secara sadar memilih untuk melakukan tindakan bunuh diri.Perilaku bunuh diri berhubungan dengan banyak faktor, baik faktor social maupun budaya.Struktur social dan kehidupan bersosial dapat menolong atau bahkan mendorong klien melakukan perilaku bunuh diri.Isolasi social dapat menyebabkan kesepian dan meningkatkan keinginan seseorang untuk melakukan bunuh diri. Seseorang yang aktif dalam kegiatan masyarakat lebih mampu menoleransi stress dan menurunkan angka bunuh diri. Aktif dalam kegiatan keagamaan juga dapat mencegah seseorang melakukan tindakan bunuh diri.
d. Mekanisme Koping
   Seseorang klien mungkin memakai beberapa variasi mekanisme koping yang berhubungan dengan perilaku bunuh diri, termasuk *denial, rasionalization, regression,* dan *magical thinking.*Mekanisme pertahanan diri yang ada seharusnya tidak ditentang tanpa memberikan koping alternatif.

Pada dasarnya, segala sesuatu itu memiliki hubungan sebab akibat (ini adalah sistematika). Dalam hubungan sebab akibat ini akan menghasilkan suatu alasan atau sebab tindakan yang disebut motif. Motif bunuh diri ada banyak macamnya. Disini penyusun menggolongkan dalam kategori sebab, misalkan:

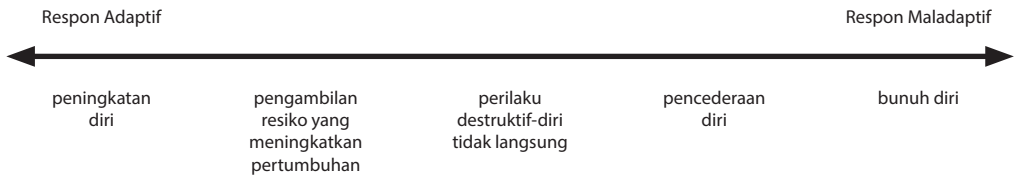
1. Dilanda keputusasaan dan depresi
2. Cobaan hidup dan tekanan lingkungan.
3. Gangguan kejiwaan/tidak waras (gila).
4. Himpitan Ekonomi atau Kemiskinan (Harta/Iman/Ilmu)
5. Penderitaan karena penyakit yang berkepanjangan

Penilaian Risiko Bunuh Diri berdasarkan factor-faktor yang mempengaruhi:

Variabel	Risiko Tinggi	Risiko Rendah
Sifat demografik &social		
- Usia	> 45 tahun	< 45 tahun
- Jenis kelamin	Laki-laki	Wanita
- Status mental	Cerai atau janda	Menikah
- Pekerjaan	Pengangguran	Bekerja
- Hubungan interpersonal	Konflik	Stabil
- Latar belakang keluarga	Kacau atau konflik	Stabil

Variabel	Risiko Tinggi	Risiko Rendah
Kesehatan - Fisik - Mental	Penyakit kronis, pemakaian zat yang berlebihan, hipokondriak Depresi berat, psikosis Gangguan kepribadian berat Penyalahgunaan zat Putus asa	Kesehatan baik Penggunaanzat rendah Depresi ringan Neurosis Optimisme
Aktivitas bunuh diri - ide bunuh diri	Sering,berkepanjangan, kuat	Jarang, rendah
- Usaha bunuh diri	- Usaha berulang kali - Direncanakan - Penyelamatan tidak mungkin - Keinginan yg tak ragu untuk mati - Komunikasi di internalisasikan (menyalahkan diri sendiri) - Metoda mematikan dan tersedia	- Usaha pertama - Impulsif - Penyelamatan tak terhindarkan - Keinginan utama untuk berubah - Komunikasi di eksternalisasikan - Metoda dg letalitas rendah
Sarana - Pribadi	- Pencapaian buruk - Tilikan buruk	- Pencapaian baik - Penuh tilikan
- Sosial	- Afek tak ada atau terkendali buruk - Rapport buruk - Terisolasi sosial - Keluarga tidak responsif	- Afek tersedia dan terkendali - Rapport baik - Terintegrasi secara sosial - Keluarga yang memperhatikan

2. Rentang Respon



Keterangan:

1) Peningkatan diri.

   Seseorang dapat meningkatkan proteksi atau pertahanan diri secara wajar terhadap situasional yang membutuhkan pertahanan diri. Sebagai contoh seseorang mempertahankan diri dari pendapatnya yang berbeda mengenai loyalitas terhadap pimpinan ditempat kerjanya.

2) Beresiko destruktif.
   Seseorang memiliki kecenderungan atau beresiko mengalamiperilaku destruktif atau menyalahkan diri sendiri terhadap situasi yang seharusnya dapat mempertahankan diri, seperti seseorang merasa patah semangat bekerja ketika dirinya dianggap tidak loyal terhadap pimpinan padahal sudah melakukan pekerjaan secara optimal.
3) Destruktif diri tidak langsung
   Seseorang telah mengambil sikap yang kurang tepat (maladaptif) terhadap situasi yang membutuhkan dirinya untuk mempertahankan diri. Misalnya, karena pandangan pimpinan terhadap kerjanya yang tidak loyal, maka seorang karyawan menjadi tidak masuk kantor atau bekerja seenaknya dan tidak optimal.
4) Pencederaan diri.
   Seseorang melakukan percobaan bunuh diri atau pencederaan diri akibat hilangnya harapan terhadap situasi yang ada (putus asa).
5) Bunuh diri.
   Seseorang telah melakukan kegiatan bunuh diri sampai dengan nyawanya hilang.

3. Tahapan Resiko Bunuh Diri

1. Suicide Ideation
   Pada tahap ini merupakan proses contemplasi dari suicide, atau sebuah metoda yang digunakan tanpa melakukan aksi/tindakan, bahkan klien pada tahap ini tidak akan mengungkapkan idenya apabila tidak ditekan. Walaupun demikian, perawat perlu menyadari bahwa pasien pada tahap ini memiliki pikiran tentang keinginan untuk mati
2. Suicide intent
   Pada tahap ini klien mulai berpikir dan sudah melakukan perencanaan yang konkrit untuk melakukan bunuh diri
3. Suicide threat
   Pada tahap ini klien mengekspresikan adanya keinginan dan hasrat yang dalam, bahkan ancaman untuk mengakhiri hidupnya .
4. Suicide gesture
   Pada tahap ini klien menunjukkan perilaku destruktif yang diarahkan pada diri sendiri yang bertujuan tidak hanya mengancam kehidupannya tetapi sudah pada percobaan untuk melakukan bunuh diri.Tindakan yang dilakukan pada fase ini pada umumnya tidak mematikan, Hal ini terjadi karena individu memahami ambivalen antara mati dan hidup dan tidak berencana untuk mati. Individu ini masih memiliki kemauan untuk hidup, ingin di selamatkan, dan individu ini sedang mengalami konflik mental. Tahap ini sering di namakan "*Crying for help*" sebab individu ini sedang berjuang dengan stress yang tidak mampu di selesaikan.

5. Suicide attempt
   Pada tahap ini perilaku destruktif klien yang mempunyai indikasi individu ingin mati dan tidak mau diselamatkan misalnya minum obat yang mematikan .walaupun demikian banyak individu masih mengalami ambivalen akan kehidupannya.
6. Suicide
   Tindakan yang bermaksud membunuh diri sendiri .hal ini telah didahului oleh beberapa percobaan bunuh diri sebelumnya.30% orang yang berhasil melakukan bunuh diri adalah orang yang pernah melakukan percobaan bunuh diri sebelumnya.

4. Cara Pengukuran Bunuh Diri

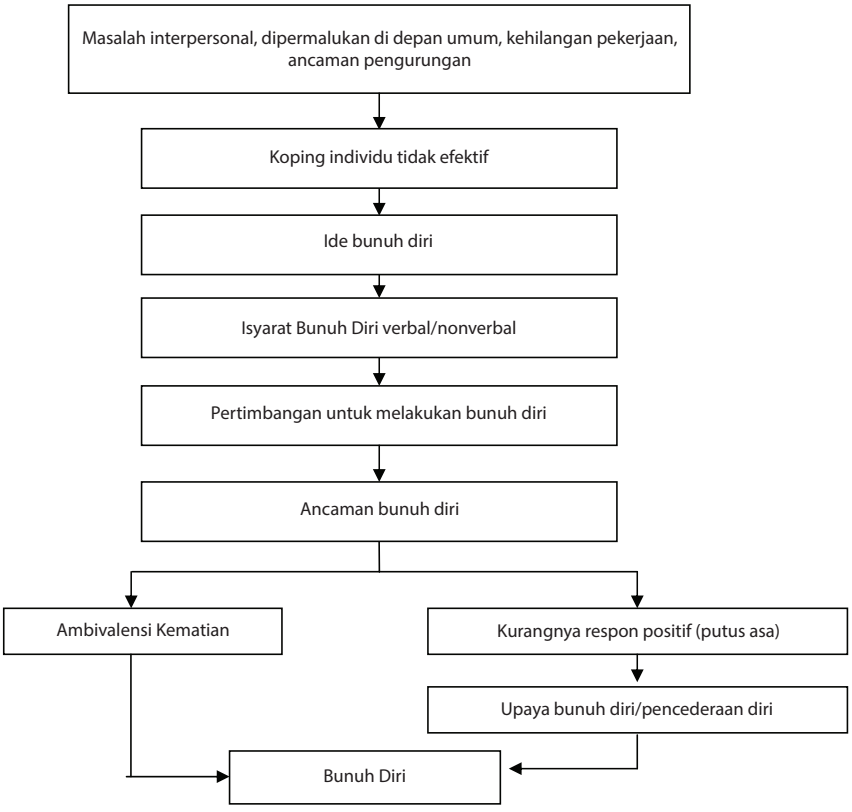
Salah satu instrumen yang dapat dipakai untuk mengukur bunuh diri adalah dengan SAD PERSONS yaitu sebagai berikut:

1. Jenis Kelamin
   Laki-laki lebih komit melakukan suicide 3x lebih tinggi dibanding wanita. Meskipun wanita lebih sering 3x dibanding laki-laki melakukan percobaan bunuh diri.
2. Age (umur)
   Kelompok resiko tinggi: umur 19 tahun atau lebih muda, 45 tahun atau lebih tua dan khususnya umur 65 tahun lebih.
3. Depression
   35-79% orang yang melakukan bunuh diri mengalami sindrome depresi.
4. Previous attempts (percobaan sebelumnya)
   65-70% orang yang melakukan bunuh diri sudah pernah melakukan percobaan bunuh diri sebelumnya.
5. ETOH (alkohol)
   65% orang yang suicide adalah orang menyalahgunakan alkohol.
6. Rational thinking loss (kehilangan berpikir rasional)
   Orang skizofrenia dan dementia lebih sering melakukan bunuh diri dibanding general populasi
7. Sosial support lack (kurang dukungan sosial)
   Orang yang melakukan bunuh diri biasanya kurang dukungan dari teman dan saudara, pekerjaan yang bermakna serta dukungan spiritual keagamaan.
8. Organized plan (perencanaan yang terorganisasi)
   Adanya perencanaan yang spesifik terhadap bunuh diri merupakan resiko tinggi.
9. No spouse (tidak memiliki pasangan)
   Orang duda, janda, single adalah lebih rentang dibanding orang yang menikah.
10. Sickness
    Orang berpenyakit kronik dan terminal beresiko tinggi melakukan bunuh diri.

Tabel
Penilaian Intensitas Bunuh Diri Sucidal Intention Rating Scale (SIRS))

Nilai 0	Tidak ada ide yang lalu dan sekarang
Nilai 1	Ada ide, tidak ada percobaan, tidak merencanakan
Nilai 2	Memikirkan dengan aktif, tidak ada percobaan.
Nilai 3	Mengancam
Nilai 4	Aktifkan mencoba bunuh diri.

5. Patofiologi



(Stuart& Sundeen , 2006)

6. Tanda dan Gejala

1. Mempunyai ide untuk bunuh diri.
2. Mengungkapkan keinginan untuk mati.
3. Mengungkapkan rasa bersalah dan keputusasaan.
4. Impulsif.
5. Menunjukkan perilaku yang mencurigakan (biasanya menjadi sangat patuh).
6. Verbal terselubung (berbicara tentang kematian, menanyakan tentang obat dosis mematikan).
7. Status emosional (harapan, penolakan, cemas meningkat, panic, marah dan mengasingkan diri).

D. Proses Keperawatam Klien Resiko Bunuh

Perawat perlu diperhatikan selaku tim kesehatan diantaranya adalah:

1) Suicide merupakan perilaku yang bisa mematikan dalam seting rawat inap di rumah sakit jiwa.
2) Faktor – faktor yang berhubungan dengan staf antara lain: kurang adekuatnya pengkajian pasien yang dilakukan oleh perawat, komunikasi staf yang lemah, kurangnya orientasi dan training dan tidak adekuatnya informasi tentang pasien.
3) Pengkajian suicide seharusnya dilakukan secara kontinyu selama di rawat di rumah sakit baik saat masuk, pulang maupun setiap perubahan pengobatan atau treatmen lainnya.
4) Hubungan saling percaya antara perawat dan pasien serta kesadaran diri perawat terhadap cues perilaku pasien yang mendukung terjadinya resiko bunuh diri adalah hal yang penting dalam menurunkan angka suicide di rumah sakit. Oleh karena itu suicide pada pasien rawat inap merupakan masalah yang perlu penanganan yang cepat dan akurat. Pada makalah ini akan dipaparkan mengenai faktor resiko terjadinya bunuh diri, instrument pengkajian dan managemen keperawatannya dengan pendekatan proses keperawatanya

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah awal dan dasar utama dari proses keperawatan.

a. Identitas

Nama, umur, jenis kelamin, alamat, agama, diagnosa medis, pendidikan dan pekerjaan.

b. Alasan Masuk

Apa yang menyebabkan klien dan keluarga datang,atau dirawat di rumah sakit,biasanya berupa sikap percobaan bunuh diri,komunikasi dengan keluarga kurang, tidak mampu berkonsentrasi, merasa gagal,merasa tidak berguna dan merasa tidak yakin melangsungkan hidup. Apakah sudah tahu penyakit sebelumnya,apa yang sudah dilakukan keluarga untuk mengatasi ini.

c. Faktor predisposisi

Menanyakan apakah keluarga mengalami gangguan jiwa, bagaimana hasil pengobatan sebelumnya, apakah pernah melakukan atau mengalami penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga, dan tindakan criminal. Menanyakan kepada klien dan keluarga apakah ada yang mengalami gangguan jiwa, menanyakan kepada klien tentang pengalaman yang tidak menyenangkan.

d. Pemeriksaan fisik

Memeriksa tanda-tanda vital, tinggi badan, berat badan, dan tanyakan apakah ada keluhan fisik yang dirasakan klien. Apakah ada bekas percobaan bunuh diri pada leher, pergelangan tangan maupun di bagian tubuh lainnya.Pasien biasanya mengeluh sakit pada dirinya, pusing ataupun tidak dapat melakukan aktifitas seperti biasanya.Pasien mengeluh bahwa dirinya sudah tidak mampu beraktivitas lagi.

e. Psikososial

a) Genogram

Menggambarkan klien dengan keluarga, dilihat dari pola komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh .

b) Konsep diri

1. Gambaran diri

Pasien merasa tidak ada yang ia sukai agi dari dirinya, ada bagian tubuh pasien yang mengalami penurunan fungsi sehingga pasien tidak bisa menerima keadaan tubuhnya.mengungkapkan perasaan keputusasaan dan merasa ingin mati

2. Identitas diri

Pasien berstatus sudah menikah ataupun belum, merasa tidak puas dengan status ataupun pekerjaannya sedang dapat mempengaruhi hubungan sosial dengan orang lain

3. Peran diri

Klien dengan resiko bunuh diri merasa tidak mampu melaksanakan tugas atau peranannya baik dalam keluarga,pekerjaan atau dalam kelompok masyarakat

4. Ideal diri

Pasien merasakan kesedihan dan keputusasaan yang sangat mendalam, tidak ada harapan lagi dengan masalah yang menimpanya

5. Harga diri

Pasien mengatakan hal yang negatif tentang dirinya,yang menunjukkan harga diri yang rendah, selalu berfikiran negatif kepada orang lain bahwa dirinya tidak lagi dihargai dan dianggap. Perilaku resiko bunuh diri mengalami harga diri rendah situasi seperti masalah keluarga atau pekerjaan yang sedang dihadapi saat ini.

c) Hubungan sosial

Pasien dengan resiko bunuh diri cenderung ada gangguan dalam berhubungan dengan orang lain,mereka tidak dapat berhubungan dengan orang lain,tidak dapat

berperan dikelompok masyarakat,sering mengeluh atau curhat ke orang lain yang dipercayai bahwa ia ingin mengakhiri hidupnya

d) Spiritual

Pasien meyakini bahwa tidak ada gunanya untu hidup,keyakinannya akan masalah adalah takdir yang maha kuasa itupun tidak ada. Mereka menganggap bahwa tidak ada jalan lain untuk menyelesaikan masalahnya selain dengan mengakhiri hidupnya.

f. Status mental

1. Penampilan

Penampilan pasien tidak rapi, acak-acakan, malas untuk membersihkan tubuh, rambut,kuku. Mereka tidak mau untuk menjaga kesehatan tubuhnya bahkan cenderung tidak mau makan agar cepat meninggal.

2. Pembicaraan

Pembicaraannya lesu dan topik yang dibicarakan tentang kematian dan penyesalan hidup.

3. Aktivitas motorik

Aktivitas motorik klien lebih mengarah untuk mengakhiri hidupnya misal membenturkan kepalanya, melukai badannya, dan membuat sesuatu sebagai sarana untuk mengakhiri hidupnya misal membuat gantungan dari tali.

4. Afek dan Emosi

Perasaan sedih, rasa tak berguna, gagal, kehilanaga, merasa berdosa, putus asa, penyesalan tak ada harapan. Menunjukkan rasa kekecewaan yang mendalam disertai rasa putus asa.

5. Interaksi selama wawancara

Kontak kurang: tidak mau menatap lawan bicara. Pasien tidak kooperatif, tidak mau mendengarkan pendapat atau saran yang dapat membantunya dalam menyelesaikan masalah

6. Persepsi sensori

Adanya halusinasi pendengaran yang menyuruhnya mengakhiri hidupnya.

7. Proses Pikir

a. Proses pikir

Perseferasi: kata-kata yang diulang berkali-kali pada suatu ide pikiran.

b. Isi fikir

Suicidal thaught/pikiran bunuh diri: isi pikiran yang dimulai dengan memikirkan usaha bunuh diri sampai terus menerus berusaha untuk dapat bunuh diri.

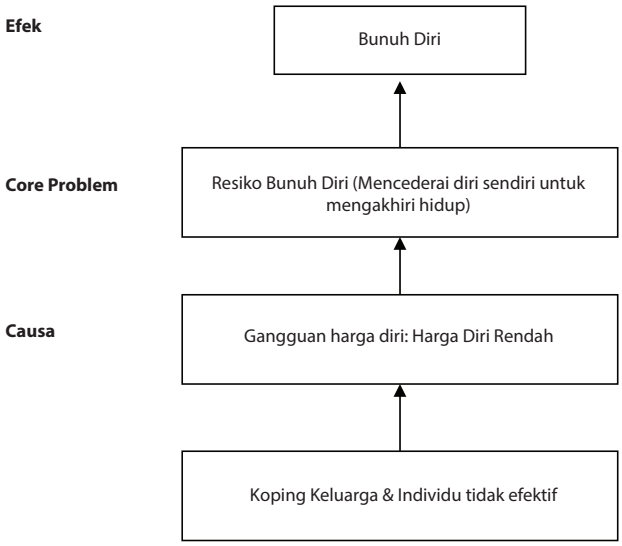
8. Tingkat kesadaran

Bingung, seseorang yang ingin melakukan bunuh diri merasa dirinya bingung karena adanya kejadian-kejadian negatif dalam hidup, penyakit kronis atau bahkan perceraian.

9. Memori
   Kontigulasi: Ingatan yang keliru dan dimanifestasikan dengan pembicaraan tidak sesuai dengan kenyataan dengan memasukkan cerita yang tidak benar untuk menutupi daya ingatnya. Perilaku bunuh diri biasanya bercerita yang tidak sesuai dengan kenyataan. Tidak berdasarkan fakta karena pasien dengan resiko bunuh diri akan menghindar dari kenyataan.
10. Tingkat konsentrasi dan berhitung
    a. Mudah beralih
       Perhatian perilaku bunuh diri mudah berganti dari satu objek ke objek lain. Mudah untuk mengalihkan pembicaraan.
    b. Tidak mampu berkonsentrasi
       Perilaku bunuh diri tidak mampu untuk berkonsentrasi dengan baik.Selalu meminta agar pertanyaan diulang atau tidak dapat menjelaskan kembali pembicaraan.
    c. Tidak mampu berhitung
       Perilaku bunuh diri tidak dapat melakukan penambahan atau pengurangan pada benda benda nyata.Karena orang tersebut tidak bisa berkonsentrasi dengan baik.
11. Kemampuan penilaian
    a) Gangguan kemampuan penilaian ringan
       Dapat mengambil keputusan yang sederhana dengan bantuan orang lain. Contoh: berikan kesempatan pada klien untuk memilih mandi dulu sebelum makan atau makan dulu sebelum mandi. Jika diberi penjelasan, orang tersebut dapat mengambil keputusan.
    b) Gangguan kemampuan penilaian bermakna
       Tidak mampu mengambil keputusan walaupun dibantu orang lain. Contoh: berikan kesempatan pada klien untuk memilih mandi dulu sebelum makan atau makan dulu sebelum mandi. Jika diberi penjelasan klien masih tidak mampu mengambil keputusan.
11. Gangguan titik diri
    Mengingkari penyakit yang di derita dan menyalahkan hal-hal di luar dirinya

g. Masalah psikologis dan lingkungan
   Pasien mendapat prilaku yang tidak wajar dari lingkungan seperti pasien diejek dan direndahkan karena pasien menderita gangguan jiwa
h. Pengetahuan
   Kurang pengetahuan dalam hal mencari bantuan, faktor predisposisi, kooping mekanisme dan sistem pendukung dan obat-obatan sehingga penyakit pasien semakin berat.

2. Pohon Masalah



3. Diagnosa Keperawatan

a. Risiko bunuh diri
b. HDR
c. Gangguan konsep diri
d. Koping individu tak efektif.
e. Koping keluarga tak efektif

4. Nursing Care Plan (NCP)

RENCANA KEPERAWATAN KLIEN DENGAN RESIKO BUNUH DIRI

Perencanaan		Intervensi
Tujuan	**Kriteria Hasil**	
Klien tidak melakukan bunuh diri **TUK 1** Klien dapat membina hubungan saling percaya	1. Klien mau membalas salam 2. Klien mau menjabat tangan 3. Klien menyebutkan nama 4. Klien mau tersenyum	1.1 Beri salam/panggil nama a. sebutkan nama perawat b. Jelaskan maksud hubungan interaksi c. Jelaskan akan kontrak yang akan dibuat d. Beri rasa aman dan sikap empati e. Lakukan kontak singkat tapi sering

Perencanaan		Intervensi
Tujuan	**Kriteria Hasil**	
TUK 2 Klien dapat melindungi diri perilaku bunuh diri	Klien terlindung dari perilaku bunuh diri	2.1 Modifikasi lingkungan klien a. Jauhkan klien dari benda-benda yang dapat digunakan untuk bunuh diri b. Tempatkan klien diruangan yang nyaman dan mudah terlihat oleh perawat 2.2 Awasi klien secara ketat setiap saat 2.3 Mengajarkan cara mengendalikan dorongan bunuh diri
TUK 3: Klien dapat meningkatkan harga diri	1. Klien dapat meningkatkan harga dirinya 2. Klien dapat mengidentifikasi aspek positif yang dimiliki 3. Klien dapat membuat rencana masa depan yang realistis	3.1 Bantu klien mengeksplorasikan perasaan a. Biarkan klien mengungkapkan perasaannya b. Ajak klien untuk berbincang – bincang mengenai perasaannya namun jangan memaksa 3.2 Identifikasi aspek positif yang dimiliki klien 3.3 Bantu mengidentifikasi sumber-sumberharapan (misal: hubungan antar sesama, keyakinan, hal-hal untuk diselesaikan). 3.4 Bantu klien merencanakan masa depan yang realistis
TUK 4 Klien dapat mendemonstrasikan cara fisik untuk mencegah bunuh diri	4.1 Klien dapat menyebutkan contoh pencegahan bunuh diri secara fisik: a. Tarik nafas dalam. 4.2 Klien dapat mendemonstrasikan cara fisik untuk mencegah perilaku bunuh diri. 4.3 Klien mempunyai jadwal untuk melatih cara pencegahan fisik yang telah dipelajari sebelumnya. 4.4 Klien mengevaluasi kemampuan dalam melakukan cara fisik sesuai jadwal yang telah disusun.	4.1 Diskusikan kegiatan fisik yang biasa dilakukan klien. 4.2 Beri pujian atas kegiatan fisik klien yang biasa dilakukan. 4.3 Diskusikan satu cara fisik yang paling mudah dilakukan Untuk mencegah perilaku bunuh diri yaitu: tarik nafas dalam 4.4 Diskusikan cara melakukan nafas dalam dengan klien. 4.5 Beri contoh klien tentang cara menarik nafas dalam. 4.6 Minta klien mengikuti contoh yang diberikan sebanyak 5 kali. 4.7 Beri pujian positif atas kemampuan klien mendemonstrasikan cara nafas menarik dalam.

Perencanaan		Intervensi
Tujuan	**Kriteria Hasil**	
		4.8 Tanyakan perasaan klien setelah selesai bercakap-cakap. 4.9 Anjurkan klien menggunakan cara yang telah dipelajari saat bunuh diri itu muncul. 4.1.1 Lakukan hal yang sama dengan 6.2.1 sampai 6.2.6 untuk cara fisik lain dipertemuan yang lain. 4.1.2 Diskusikan dengan klien mengenai frekuensi latihan yang akan dilakukan sendiri oleh klien. 4.1.1 Susun jadwal kegiatan untuk melatih cara yang telah dipelajari. 4.1.2 Klien mengevaluasi pelaksanaan latihan, cara pencegahan perilaku bunuh diri yang telah dilakukan dengan mengisi jadwal kegiatan harian (self- evaluation).validasi kemampuan klien dalam melaksanakan latihan.
<u>TUK 5</u> Klien dapat mendemonstrasikan cara sosial untuk mencegah bunuh diri.	5.1 Klien dapat menyebutkan cara bicara(verbal) yang baik dalam mencegah bunuh diri. a. Meminta dengan baik b. Menolak dengan baik c. Mengungkapkan erasaan dengan baik 5.2 Klien dapat mendemonstrasikan cara verbal yang baik 5.3 Klien mempunyai jadwal untuk melatih cara bicara yang baik a. Klien melakukan evaluasi terhadap kemampuan cara bicara yang sesuai dengan jadwal yang telah disusun	5.1 Diskusikann cara bicara yangbaik dengan klien 5.2 Beri contoh cara bicara yang baik a. Meminta dengan baik b. Menolak dengan baik c. Mengungkapkn perasaan dengan baik 5.3 Meminta klien mengikuti contoh cara bicara yang baik. a. Meminta maaf dengan baik "Saya minta uang untuk beli makan" b. Menolak dengan baik "Maaf,,saya tidak bisa melakukan karena ada kegiatan lain" c. Mengungkapkn perasaan dengan baik "Saya kesal karena permintaan saya tidak dikabulkan" 5.4 Minta klien mengulangi sendiri 5.5 Beri pujian atas keberhasilan pasien

Perencanaan		Intervensi
Tujuan	**Kriteria Hasil**	
		5.6 Diskusikan dengan klien tentang waktu dan kondisi cara bicara yang dapat dilatih di ruangan, misalnya: Mmeminta obat, baju dlll, menolak ajakan merokok, tidur tidak tepat pada waktunya, menceritakan kekesalan pada perawat. 5.7 Susun jadwal kegiatan untuk melatih cara yang telah dipelajari 5.8 Klien mengevaluasi pelaksanaan latihan cara bicara yang baik dengan mengisi jadwal kegiatan 5.9 Validasi kemampuan klien dalam melaksanakan latihan 5.1.1 Beri pujian atas keberhasilan klien, tanyakan kepada klien, "Bagaimana perasaan klien setelah latihan bicara yang baik? apakah keinginan bunuh diri berkurang?"
TUK 6 Klien mendemonstrasikan kepatuhan minum obat untuk mencegah bunuh diri	6.1 Klien dapat menyebutkan jenis, dosis, dan waktu minum obat serta manfaat dari obat itu (Prinsip 5 benar: benar orang, obat, dosis, waktu, dan cara pemberian). 6.2 Klien mendemonstrasikan kepatuhan minum obat sesuai jadwal yang ditetapkan 6.3 Klien mengevaluasi kemampuan dalam mematuhi minum obat.	6.1 Diskusikan dengan klien tentang jenis obat yang diminumnya (nama, warna, besarnya): Waktu minum obat (jika 3 kali: pkl. 07.00, 13.00, 19.00) cara minum obat. 6.2 Dengan klien tentang manfaat minum obat secara teratur: a. Beda perasaan sebelum minum obat dan sesudah minum obat. b. Jelaskan bahwa dosis obat hanya boleh diubah oleh dokter. c. Jelaskan mengenai akibat minum obat yang tidak teratur, misalnya penyakit kambuh. 6.3 Diskusikan tentang proses minum obat: a. Klien meminta obat kepada perawat(jika di rumah sakit), kepada keluarga (jika di rumah). b. Klien memeriksa obat sesuai dosis. c. Klien minum obat pada waktu yang tepat

Perencanaan		Intervensi
Tujuan	**Kriteria Hasil**	
		6.4 Klien mengevaluasi pelaksanaan minum obat dengan mengisi jadwal kegiatan harian (self-evaluation) 6.5 Validasi pelaksanaan minum obat 6.6 Beri pujian atas keberhasilan klien. 6.7 Tanyankan kepada klien: " bagaimanaperasaan anda dengan minum obat secara teratur? apakah keinginan untuk bunuh diri brkurang?
TUK 7 Klien dapat mengikuti tak stimulasi persepsi pencegahan bunuh diri.	7.1 Klien mengikuti tak: stimulasi persepsi pencegahan bunuh diri. 7.2 Klien mengikuti tak: stimulasi persepsi pencegahan bunuh diri. 7.3 Klien mempunyai jadwal. klien melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan tak.	7.1 Anjurkan klien untuk ikut tak: stimulasi persepsi pencegahan bunuh diri. 7.2 Klien mengikuti tak:stimulasi persepsi pencegahan bunuh diri(kegiatan mandiri). 7.3 Diskusikan dengan klien tentang kegiatan selama tak. 7.4 Fasilitasi klien untuk mempraktikkan hasil kegiatan tak dan beri pujian atas keberhasilannya. 7.5 Diskusikan dengan klien tentang jadwal tak 7.6 Masukkan jadwal tak ke dalam jadwal kegiatan harian. 7.7 Beri pujian atas kemampuan mengikuti tak 7.8 Tanyakan kepada klien: " bagaiman perasaan anda setelah ikut tak?
TUK 8 Klien mendapatkan dukungan keluarga dalam melakukan cara pencegahan bunuh diri.	8.1 Keluarga dapat mendemonstrasikan cara merawat klien.	8.1 Identifikasi kemampuan keluarga dalammerawat klien sesuai dengan yang telah dilakukan keluarga selama ini 8.2 Jelaskan keuntungan peran serta keluarga dalam merawat klien. 8.3 Jelaskan cara-cara merawat klien: a. Terkait denganmunculnya bunuh diri. b. Sikap dan bicara c. Membantu mengenal penyebab bunuh diri dan pelaksanaan pencegahan bunuh diri

Perencanaan		Intervensi
Tujuan	Kriteria Hasil	
		d. Bantu keluarga mendemonstrasikan cara merawat klien. e. Bantu keluarga mengungkapkan perasaannya setelah melakukan demonstrasi. f. Anjurkan keluarga mempraktikkan pada klien selama dirumah sakit dan melanjutkannya setelah pulang ke rumah

5. Strategi Pelaksanaan (SP)

Sp 1 Pasien

a. Membina hubungan saling percaya kepada klien
b. Mengidentifikasi benda- benda yang dapat membahayakan pasien
c. Mengamankan benda-benda yang dapat membahayakan pasien
d. Melakukan kontrak treatment
e. Mengajarkan cara mengendalikan dorongan bunuh diri
f. Melatih cara mengendalikan dorongan bunuh diri

Sp 2 Pasien

a. Mengidentifikasi aspek positif pasien
b. Mendorong pasien untuk berfikir positif terhadap diri sendiri
c. Mendorong pasien untuk menghargai diri sebagai individu yang berharga

Sp 2 Pasien

a. Mengidentifikasi pola koping yang bisa diterapkan pasien
b. Menilai pola kopinh yang biasa dilakukan
c. Mengidentifikasi pola koping yang konstruktif
d. Mendorong pasien memilih pola koping yang kostruktif
e. Menganjurkan pasien menerapkan pola koping yang konstruktif dalam kegiatan harian

Sp 4 Pasien

a. Membuat rencana masa depan yang realistis bersama pasien
b. Mengidentifikasi cara mencapa rencana masa depan yang realistis
c. Memberi dorongan pasien melakukan kegiatan dalam rangka meraih masa depan yang realistis

Sp 1 Keluarga
a. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien
b. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala resiko bunuh diri, dan jenis perilaku bunuh diri yang dialami pasien beserta proses terjadinya
c. Menjelaskan cara-cara merawat pasien resiko bunuh diri

Sp 2 Keluarga
a. Melatih keluarga mempraktikkan cara merawat pasien dengan resiko bunuh diri
b. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien resiko bunuh diri

Sp 3 Keluarga
a. Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat
b. Menjelakan follow up pasien

6. Isyarat Bunuh Diri dengan Diagnosa Harga Diri Rendah

1. Tindakan keperawatan untuk pasien isyarat bunuh diri

a. Tujuan:
   1) Pasien mendapat perlindungan dari lingkungannya
   2) Pasien dapat mengungkapkan perasaanya
   3) Pasien dapat meningkatkan harga dirinya
   4) Pasien dapat menggunakan cara penyelesaian masalah yang baik

b. Tindakan keperawatan
   1) Mendiskusikan tentang cara mengatasi keinginan bunuh diri, yaitu dengan meminta bantuan dari keluarga atau teman.
   2) Meningkatkan harga diri pasien, dengan cara:
      a) Memberi kesempatan pasien mengungkapkan perasaannya.
      b) Berikan pujian bila pasien dapat mengatakan perasaan yang positif.
      c) Meyakinkan pasien bahwa dirinya penting
      d) Membicarakan tentang keadaan yang sepatutnya disyukuri oleh pasien
      e) Merencanakan aktifitas yang dapat pasien lakukan
   3) Meningkatkan kemampuan menyelesaikan masalah, dengan cara:
      a) Mendiskusikan dengan pasien cara menyelesaikan masalahnya
      b) Mendiskusikan dengan pasien efektifitas masing-masing cara penyelesaian masalah
      c) Mendiskusikan dengan pasien cara menyelesaikan masalah yang lebih baik

SP 1 Pasien: Percakapan untuk melindungi pasien dari percobaan bunuh diri

"Bagaimana perasaan A hari ini?"

"Bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang apa yang A rasakan selama ini. Dimana dan berapa lama kita bicara?"

KERJA

"Bagaimana perasaan A setelah bencana ini terjadi? Apakah dengan bencana ini A merasa paling menderita di dunia ini? Apakah A kehilangan kepercayaan diri? Apakah A merasa tak berharga atau bahkan lebih rendah daripada orang lain? Apakah A merasa bersalah atau mempersalahkan diri sendiri? Apakah A sering mengalami kesulitan berkonsentrasi? Apakah A berniat untuk menyakiti diri sendiri, ingin bunuh diri atau berharap bahwa A mati? Apakah A pernah mencoba untuk bunuh diri? Apa sebabnya, bagaimana caranya? Apa yang A rasakan?" Jika pasien telah menyampaikan ide bunuh dirinya, segera dilanjutkan dengan tindakan keperawatan untuk melindungi pasien, misalnya dengan mengatakan: "Baiklah, tampaknya A membutuhkan pertolongan segera karena ada keinginan untuk mengakhiri hidup". "Saya perlu memeriksa seluruh isi kamar A ini untuk memastikan tidak ada benda-benda yang membahayakan A."

"Nah A, Karena A tampaknya masih memiliki keinginan yang kuat untuk mengakhiri hidup A, maka saya tidak akan membiarkan A sendiri." "Apa yang A lakukan kalau keinginan bunuh diri muncul ? Kalau keinginan itu muncul, maka untuk mengatasinya A harus langsung minta bantuan kepada perawat di ruangan ini dan juga keluarga atau teman yang sedang besuk. Jadi A jangan sendirian ya, katakan pada perawat, keluarga atau teman jika ada dorongan untuk mengakhiri kehidupan". "Saya percaya A dapat mengatasi masalah, OK A?"

TERMINASI

"Bagaimana perasaan A sekarang setelah mengetahui cara mengatasi perasaan ingin bunuh diri?"

"Coba A sebutkan lagi cara tersebut"

"Saya akan menemani A terus sampai keinginan bunuh diri hilang" (jangan meninggalkan pasien)

SP 2 Pasien: Percakapan melindungi pasien dari isyarat bunuh diri

ORIENTASI

" Selamat pagi B!, masih ingat dengan saya khan?Bagaimana perasaanB hari ini? O... jadi B merasa tidak perlu lagi hidup di dunia ini. Apakah B ada perasaan ingin bunuh diri? Baiklah kalau begitu, hari ini kita akan membahas tentang bagaimana cara mengatasi keinginan bunuh diri. Mau berapa lama? Dimana?"Disini saja yah!

KERJA

"Baiklah, tampaknya B membutuhkan pertolongan segera karena ada keinginan untuk mengakhiri hidup". "Saya perlu memeriksa seluruh isi kamar B ini untuk memastikan tidak ada benda-benda yang membahayakan B."

"Nah B, karena B tampaknya masih memiliki keinginan yang kuat untuk mengakhiri hidup B, maka saya tidak akan membiarkan B sendiri."

"Apa yang B lakukan kalau keinginan bunuh diri muncul ? Kalau keinginan itu muncul, maka untuk mengatasinya B harus langsung minta bantuan kepada perawat atau keluarga dan teman yang sedang besuk. Jadi usahakan B jangan pernah sendirian ya..".

TERMINASI
"Bagaimana perasaan B setelah kita bercakap-cakap? Bisa sebutkan kembali apa yang telah kita bicarakan tadi? Bagus B. Bagimana Masih ada dorongan untuk bunuh diri? Kalau masih ada perasaan/dorongan bunuh diri, tolong panggil segera saya atau perawat yang lain. Kalau sudah tidak ada keinginan bunh diri saya akan ketemu B lagi, untuk membicarakan cara meninngkatkan harga diri setengah jam lagi dan disini saja.

SP 3 Pasien: Percakapan untuk meningkatkan harga diri pasien isyarat bunuh diri

ORIENTASI
" Selamat pagi B! Bagaimana perasaan B saat ini? Masih adakah dorongan mengakhiri kehidupan? Baik, sesuai janji kita dua jam yang lalu sekarang kita akan membahas tentang rasa syukur atas pemberian Tuhan yang masih B miliki. Mau berapa lama? Dimana?"

KERJA
Apa saja dalam hidup B yang perlu disyukuri, siapa saja kira-kira yang sedih dan rugi kalau B meninggal. Coba B ceritakan hal-hal yang baik dalam kehidupan B. Keadaan yang bagaimana yang membuat B merasa puas? Bagus. Ternyata kehidupan B masih ada yang baik yang patut B syukuri. Coba B sebutkan kegiatan apa yang masih dapat B lakukan selama ini".Bagaimana kalau B mencoba melakukan kegiatan tersebut, Mari kita latih."

TERMINASI
"Bagaimana perasaan B setelah kita bercakap-cakap? Bisa sebutkan kembali apa-apa saja yang B patut syukuri dalam hidup B? Ingat dan ucapkan hal-hal yang baik dalam kehidupan B jika terjadi dorongan mengakhiri kehidupan (affirmasi). Bagus B. Coba B ingat-ingat lagi hal-hal lain yang masih B miliki dan perlu disyukuri! Nanti jam 12 kita bahas tentang cara mengatasi masalah dengan baik. Tempatnya dimana? Baiklah. Tapi kalau ada perasaan-perasaan yang tidak terkendali segera hubungi saya ya!"

SP 4 Pasien: Berikut ini percakapan untuk meningkatkan kemampuan dalam menyelesaikan masalah pada pasien isyarat bunuh diri

ORIENTASI
" Selamat pagi, B Bagaimana perasaannyai? Masihkah ada keinginan bunuh diri? Apalagi hal-hal positif yang perlu disyukuri? Bagus! Sekarang kita akan berdiskusi tentang bagaimana cara mengatasi masalah yang selama ini timbul. Mau berapa lama? Di saja yah ?"

KERJA
« Coba ceritakan situasi yang membuat B ingin bunuh diri. Selain bunuh diri, apalagi kira-kira jalan keluarnya. Wow banyak juga yah. Nah coba kita diskusikan keuntungan dan kerugian masing-masing cara tersebut. Mari kita pilih cara mengatasi masalah yang paling menguntungkan! Menurut B cara yang mana? Ya, saya setuju. B bisa dicoba!"Mari kita buat rencana kegiatan untuk masa depan."

TERMINASI
Bagaimana perasaan B, setelah kita bercakap-cakap? Apa cara mengatasi masalah yang B akan gunakan? Coba dalam satu hari ini, B menyelesaikan masalah dengan cara yang dipilih B tadi. Besok di jam yang sama kita akan bertemu lagi disini untuk membahas pengalaman B menggunakan cara yang dipilih".

2. Tindakan keperawatan untuk keluarga dengan pasien isyarat bunuh diri

a. Tujuan: keluarga mampu merawat pasien dengan risiko bunuh diri.

b. Tindakan keperawatan:

1) Mengajarkan keluarga tentang tanda dan gejala bunuh diri
   a) Menanyakan keluarga tentang tanda dan gejala bunuh diri yang penah muncul pada pasien.
   b) Mendiskusikan tentang tanda dan gejala yang umumnya muncul pada pasien berisiko bunuh diri.
2) Mengajarkan keluarga cara melindungi pasien dari perilaku bunuh diri
   a) Mendiskusikan tentang cara yang dapat dilakukan keluarga bila pasien memperlihatkan tanda dan gejala bunuh diri.
   b) Menjelaskan tentang cara-cara melindungi pasien, antara lain:
      (1) Memberikan tempat yang aman. Menempatkan pasien di tempat yang mudah diawasi, jangan biarkan pasien mengunci diri di kamarnya atau jangan meninggalkan pasien sendirian di rumah
      (2) Menjauhkan barang-barang yang bisa digunakan untuk bunuh diri. Jauhkan pasien dari barang-barang yang bisa digunakan untuk bunuh diri, seperti: tali, bahan bakar minyak/bensin, api, pisau atau benda tajam lainnya, zat yang berbahaya seperti obat nyamuk atau racun serangga.
      (3) Selalu mengadakan pengawasan dan meningkatkan pengawasan apabila tanda dan gejala bunuh diri meningkat. Jangan pernah melonggarkan pengawasan, walaupun pasien tidak menunjukan tanda dan gejala untuk bunuh diri.
   c) Menganjurkan keluarga untuk melaksanakan cara tersebut di atas.
3) Mengajarkan keluarga tentang hal-hal yang dapat dilakukan apabila pasien melakukan percobaan bunuh diri, antara lain:
   a) Mencari bantuan pada tetangga sekitar atau pemuka masyarakat untuk menghentikan upaya bunuh diri tersebut
   b) Segera membawa pasien ke rumah sakit atau puskesmas mendapatkan bantuan medis
4) Membantu keluarga mencari rujukan fasilitas kesehatan yang tersedia bagi pasien
   a) Memberikan informasi tentang nomor telepon darurat tenaga kesehatan

b) Menganjurkan keluarga untuk mengantarkan pasien berobat/kontrol secara teratur untuk mengatasi masalah bunuh dirinya.
c) Menganjurkan keluarga untuk membantu pasien minum obat sesuai prinsip lima benar yaitu benar orangnya, benar obatnya, benar dosisnya, benar cara penggunakannya, benar waktu penggunaannya

SP 1 Keluarga: Percakapan dengan keluarga untuk melindungi pasien yang mencoba bunuh diri

ORIENTASI
"Selamat pagi Bapak/Ibu, kenalkan saya B yang merawat putra bapak dan ibu di rumah sakit ini".

"Bagaimana kalau kita berbincang-bincang tentang cara menjaga agar A tetap selamat dan tidak melukai dirinya sendiri. Bagaimana kalau disini saja kita berbincang-bincangnya Pak/Bu?"Sambil kita awasi terus A.

KERJA
"Bapak/Ibu,A sedang mengalami putus asa yang berat karena kehilangan sahabat karibnya akibat bencana yang lalu, sehingga sekarang A selalu ingin mengakhiri hidupnya. Karena kondisi A yang dapat mengakiri kehidupannya sewaktu-waktu, kita semua perlu mengawasi A terus-menerus. Bapak/Ibu dapat ikut mengawasi ya..pokoknya kalau alam kondisi serius seperti ini A tidak boleh ditinggal sendidrian sedikitpun"

"Bapak/Ibu bisa bantu saya untuk mengamankan barang-barang yang dapat digunakan A untuk bunuh diri, seperti tali tambang, pisau, silet, tali pinggang. Semua barang-barang tersebut tidak boleh ada disekitar A". " Selain itu, jika bicara dengan A fokus pada hal-hal positif, hindarkan pernyataan negatif.

"Selain itu sebaiknya A punya kegiatan positif seperti melakukan hobbynya bermain sepak bola, dll supaya tidak sempat melamun sendiri"

TERMINASI
"Bagaimana perasaan bapak dan ibu setelah mengetahui cara mengatasi perasaan ingin bunuh diri?"

"Coba bapak dan ibu sebutkan lagi cara tersebut"Baik, mari sama-sama kita temani A, sampai keinginan bunuh dirinya hilang.

Terminasi:
"Bagaimana perasaan bapak dan ibu setelah berbicara dengan saya?"

"Bisa bapak dan ibu sebutkan kembali cara menangani anak bapak dan ibu yang ingin bunuh diri?"

"Nah..pak, bu setelah ini coba bapak ibu praktekkan cara yang telah kita bicarakan tadi ya"

Bagaimana kalau dua hari lagi bapak dan ibu datang kembali kesini menjumpai saya karena akhir minggu ini khan A sudah boleh pulang"

"Kita akan membuat jadual aktivitas A selama di rumah nanti ya"

"Saya tunggu dua hari lagi ya pak, bu, Selamat pagi

SP 2 Keluarga: Percakapan untuk mengajarkan keluarga tentang cara merawat anggota keluarga berisiko bunuh diri. (isyarat bunuh diri)

ORIENTASI

" Selamat pagi Bapak/Ibu. Bagaimana keadaan anak Bpk/Ibu?"

" Hari ini kita akan mendiskusikan tentang tanda dan gejala bunuh diri dan cara melindungi dari bunuh diri.

"Dimana kita akan diskusi.Bagiaman kalau di ruang wawancara?" Berapa lama Bapak/Ibu punya waktu untuk diskusi?"

KERJA

"Apa yang Bapak/Ibu lihat dari perilaku atau ucapan B?"

"Bapak/Ibu sebaiknya memperhatikan benar-benar munculnya tanda dan gejala bunuh diri. Pada umumnya orang yang akan melakukan bunuh diri menunjukkan tanda melalui percakapan misalnya "Saya tidak ingin hidup lagi, orang lain lebih baik tanpa saya. Apakah B pernah mengatakannya?"

"Kalau Bapak/Ibu menemukan tanda dan gejala tersebut, maka sebaiknya Bapak/Ibu mendengarkan ungkapan perasaan dari B secara serius. Pengawasan terhadap B ditingkatkan, jangan biarkan dia sendirian di rumah atau jangan dibiarkan mengunci diri di kamar. Kalau menemukan tanda dan gejala tersebut, dan ditemukan alat-alat yang akan digunakan untuk bunuh diri, sebaiknya dicegah dengan meningkatkan pengawasan dan memberi dukungan untuk tidak melakukan tindakan tersebut. Katakan bahwa Bpk/Ibu sayang pada B. Katakan juga kebaikan-kebaikan B!"

"Usahakan sedikitnya 5 kali sehari bapak dan ibu memuji B dengan tulus"

"Tetapi kalau sudah terjadi percobaan bunuh diri, sebaiknya Bapak/Ibu mencari bantuan orang lain. Apabila tidak dapat diatasi segeralah rujuk ke Puskesmas atau rumah sakit terdekat untuk mendapatkan perawatan yang lebih serius. Setelah kembali ke rumah, Bapak/Ibu perlu membantu agar B terus berobat untuk mengatasi keinginan bunuh diri.

TERMINASI

"Bagaimana Pak/Bu? Ada yang mau ditanyakan? Bapak/Ibu dapat ulangi kembali cara-cara merawat anggota keluarga yang ingin bunuh diri?"

"Ya, bagus. Jangan lupa pengawasannya ya! Jika ada tanda-tanda keinginan bunuh diri segera hubungi kami. Kita dapat melanjutkan untuk pembicaraan yang akan datang tentang cara-cara meningkatkan harga diri B dan penyelesaian masalah"

"Bagaimana Bapak/Ibu setuju?" Kalau demikian sampai bertemu lagi minggu depan disini".

SP 3 Keluarga: Melatih keluarga cara merawat pasien risiko bunuh diri/isyarat bunuh diri

ORIENTASI

"Selamat pagi pak, bu, sesuai janji kita minggu lalu kita sekarang ketemu lagi"

"Bagaimana pak, bu, ada pertanyaan tentang cara merawat yang kita bicarakan minggu lalu?"

"Sekarang kita akan latihan cara-cara merawat tersebut ya pak, bu?"

"Kita akan coba disini dulu, setelah itu baru kita coba langsung ke B ya?"

"Berapa lama bapak dan ibu mau kita latihan?"

KERJA
"Sekarang anggap saya B yang sedang mengatakan ingin mati saja, coba bapak dan ibu praktekkan cara bicara yang benar bila B sedang dalam keadaan yang seperti ini"

"Bagus, betul begitu caranya"

"Sekarang coba praktekkan cara memberikan pujian kepada B"

"Bagus, bagaimana kalau cara memotivasi B minum obat dan melakukan kegiatan positifnya sesuai jadual?"

"Bagus sekali, ternyata bapak dan ibu sudah mengerti cara merawat B"

"Bagaimana kalau sekarang kita mencobanya langsung kepada B?"

(Ulangi lagi semua cara diatas langsung kepada pasien)

TERMINASI"
"Bagaimana perasaan bapak dan ibu setelah kita berlatih cara merawat B di rumah?"

"Setelah ini coba bapak dan ibu lakukan apa yang sudah dilatih tadi setiap kali bapak dan ibu membesuk B"

"Baiklah bagaimana kalau dua hari lagi bapak dan ibu datang kembali kesini dan kita akan mencoba lagi cara merawat B sampai bapak dan ibu lancar melakukannya"

"Jam berapa bapak dan ibu bisa kemari?"

"Baik saya tunggu, kita ketemu lagi di tempat ini ya pak, bu"

Latihan 8:
Peragakan kepada pasangan anda komunikasi dibawah ini

SP 4 Keluarga: Membuat perencanaan Pulang bersama keluarga dengan pasien risiko bunuh diri

ORIENTASI
"Selamat pagi pak, bu, hari ini B sudah boleh pulang, maka sebaiknya kita membicarakan jadual B selama dirumah"Berapa lama kita bisa diskusi?, baik mari kita diskusikan."

KERJA
"Pak, bu, ini jadual B selama di rumah sakit, coba perhatikan, dapatkah dilakukan dirumah?' tolong dilanjutkan dirumah, baik jadual aktivitas maupun jadual minum obatnya"

"Hal-hal yang perlu diperhatikan lebih lanjut adalah perilaku yang ditampilkan oleh B selama di rumah. Kalau misalnya B terus menerus mengatakan ingin bunuh diri, tampak gelisah dan tidak terkendali serta tidak memperlihatkan perbaikan, menolak minum obat atau memperlihatkan perilaku membahayakan orang lain, tolong bapak dan ibusegera hubungi Suster H di Puskesmas Ingin Jaya, puskesmas terdekat dari rumah ibu dan bapak, ini nomor telepon puskesmasnya: (0651) 853xxx

Selanjutnya suster H yang akan membantu memantau perkembangan B

TERMINASI
"Bagaimanpak/bu? Ada yang belum kelas?" Ini jadual kegiatan harian B untuk dibawa pulang. Ini surat rujukan untuk perawat K di puskesmas Indrapuri. Jangan lupa kontrol ke puskesmas sebelum obat habis atau ada gejala yang tanpak. Silahkan seloesaikan administrasinya.

7. Evaluasi

1. Bagi klien yang memberikan ancaman atau melakukan percobaan bunuh diri , keberhasilan asuhan keperawatan ditandai dengan keadaan klien yang tetap selamat dan aman
2. Bagi keluaga dengan angota keluarga yang memberikan ancaman atau melakukan percobaan bunuh diri ditandai dengan kemampuan keluarga untuk melindungi anggota keluarganya
3. Bagi klien yang memberikan isyarat bunuh diri keberhasilan asuhan keperawatan ditandai dengan klien mampu mengungkapkanya perasaan

1. Evaluasi kemampuan pasien dan keluarga

PENILAIAN KEMAMPUAN PASIEN DAN KELUARGA
DENGAN MASALAH RISIKO BUNUH DIRI

Nama pasien : .....
Nama ruangan : .....
Nama perawat : .....

Petunjuk pengisian:
1. Berilah tanda (V) jika pasien dan keluarga mampu melakukan kemampuan di bawah ini.
2. Tuliskan tanggal setiap dilakukan penilaian

No	Kemampuan	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl
A	Pasien				
1	Menyebutkan cara mengamankan benda-benda berbahaya				
2	Menyebutkan cara mengendalikan dorongan bunuh diri				
3	Menyebutkan aspek positif diri				
4	Menyebutkan koping konstruktif untuk mengatasi masalah				
5	Menyebutkan rencana masa depan				
6	Membuat rencana masa depan				
B	Keluarga				
1	Menyebutkan pengertian bunuh diri dan proses terjadinya bunuh diri				
2	Menyebutkan tanda dan gejala resiko bunuh diri				
3	Menyebutkan cara merawat pasien dengan bunuh diri				
4	Membuat jadual aktivitas dan minum obat klien di rumah (*discharge planning*)				
5	Memberikan pujian atas kemampuan pasien				

2. Evaluasi kemampuan perawat

PENILAIAN KEMAMPUAN PERAWAT
DALAM MERAWAT PASIEN RISIKO BUNUH DIRI

Nama pasien : .....
Nama ruangan : .....
Nama perawat : .....

Petunjuk pengisian:
Penilaian tindakan keperawatan untuk setiap SP dengan menggunakan **instrumen penilaian kinerja (No 04.01.01)**.
Nilai tiap penilaian kinerja masukkan ke tabel pada baris **nilai SP.**

No	Kemampuan	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl
A	**Pasien**							
	SP I p							
1	Mengidentifikasi benda-benda yang dapat membahayakan pasien							
2	Mengamankan benda-benda yang dapat membahayakan pasien							
3	Melakukan kontrak *treatment*							
4	Mengajarkan cara mengendalikan dorongan bunuh diri							
5	Melatih cara mengendalikan dorongan bunuh diri							
	Nilai SP I p							
	SP II p							
1	Mengidentifikasi aspek positif pasien							
2	Mendorong pasien untuk berfikir positif terhadap diri							
3	Mendorong pasien untuk menhargai diri sebagai individu yang berharga							
	Nilai SP II p							
	SP III p							
1	Mengidentifikasi pola koping yang biasa diterapkan pasien							
2	Menilai pola koping yang biasa dilakukan							
3	Mengidentifikasi pola koping yang konstruktif							
4	Mendorong pasien memilih pola koping yang konstruktif							
5	Menganjurkan pasien menerapkan pola koping konstruktif dalam kegiatan harian							
	Nilai SP III p							

No	Kemampuan	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl
	SP IV p							
1	Membuat rencana masa depan yang realistis bersama pasien							
2	Mengidentifikasi cara mencapai rencana masa depan yang realistis							
3	Memberi dorongan pasien melakukan kegiatan dalam rangka meraih masa depan yang realistis							
	Nilai SP IVp							
B	**Keluarga**							
	SP I k							
1	Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien							
2	Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala risiko bunuh diri, dan jenis perilaku bunuh diri yang dialami pasien beserta proses terjadinya							
3	Menjelaskan cara-cara merawat pasien risiko bunuh diri							
	Nilai SP I k							
	SP II k							
1	Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan risiko bunuh diri							
2	Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien risko bunuh diri							
	Nilai SP II k							
	SP III k							
1	Membantu keluarga membuat jadual aktivitas di rumah termasuk minum obat (*discharge planning*)							
2	Menjelaskan follow up pasien setelah pulang							
	Nilai SP III k							
	Total Nilai: SP p + SP k							
	Rata-rata							

8. Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Berikut adalah panduan pengkajian pada pasien risiko bunuh diri

Pengkajian:

1. Keluhan utama _____
2. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan _____
3. Konsep diri: Harga diri _____

   (Umumnya pasien mengatakan hal-hal yang negatif tentang dirinya, yang menunjukan harga diri yang rendah)
4. Alam perasaan

   (Pasien umumnya merasakan kesedihan dan keputuas asaan yang sangat mendalam)
5. Interaksi selama

   (Pasien biasanya menunjukkan kontak mata yang kurang)
5. Afek

   (Pasien biasanya menunjukkan afek yang datar atau tumpul)
6. Mekanisme koping mal adaptif (cara penyelesaian masalah yang tidak baik)

   (Pasien biasanya menyelesaikan masalahnya dengan cara menghindar dan menciderai diri)
7. Masalah psikososial & lingkungan

E. Terapi Modalitas

1. Cognitive Behavioural Therapy (CBT)

   Karena pada terapi CBT ini mampu menolong seseorang keluar dari kesulitannya dalam berbagai bidang dan pengalaman. Terapi ini merupakan salah satu terapi modifikasi perilaku yang menggunakan kognitif sebagai "kunci" dari perubahan perilaku.

   Pada pasien RBD yangs sering kali mempunyai penilaian negatif akan dirinya, Cognitive state umum dalam bunuh diri adalah ambivalen maka terapi CBT sangat baik digunakan pada pasien RBD. Terapis membatu klien dengan cara membuang pikiran dan keyakinan buruk klien untuk kemudian diganti dengan konstruktif pola pikir yang lebih baik. Sehingga setelah diterapkan terapi ini diharapkan menurunkan perilaku yang tidak dikehendaki, klien dapat meningkatkan harga dirinya, klien dapat mengidentifikasi aspek positif yang dimiliki.
2. Terapi Individual

   Terapi yang dilakukan dengan menjalin hubungan terstruktur antara Perawat dengan Klien untuk mengubah perilaku klien.Untuk mengembangkan kemampuan klien dalam

menyelesaikan konflik, meredakan penderitaan emosional, dan klien dapat memenuhi kebutuhan dirinya.

Pada kasus ini, peran perawat dengan melakukan pendekatan terapiutik guna menumbuhkan rasa kepercayaan antara perawat dan pasien, mendorong pasien untuk mengeksplorasi semua masalah dirinya dan kemampuan pasien untuk mengatasi masalanya, sehingga perawat dapat mengukur seberapa kemampuan dan pengetahuan pasien terhadap cara penyelesaian masalah yang dihadapi.

3. Terapi Keluarga
   Karena Keluarga merupakan tempat individu pertama memulai hubungan interpersonal dengan lingkungannya.Keluarga dapat mempengaruhu nilai, kepercayaan, sikap, perilaku klien. Keluga juga mampu memberi kasih sayang, dan rasa aman pada klien. Oleh karena itu keterlibatan kelurga dalam perawatan sangat menguntungkan proses penyembuhan pasien.

   Dukungan sosial (Kelurga) yang baik dapat meningkatkan mekanisme koping adaptif klien. Keluarga diharapkan ikut berperan dalam mencegah klien kambuh setidaknya membantu klien dapat mempertahankan derajat kesehatan mentalnya.

   Peran perawat sendiri dalam terapi keluarga adalah memberi dukungan kepada klien serta keluarga utuk mencapai tujuan dan usuha untuk berubah.
4. Terapi Spiritual
   Dalam terapi spiritual ini diharapkan pasien dapat lebih memaknai arti dari tujuan hidupnya dengan cara mendekatkan dirinya kepada Tuhan. Misalnya pasien dibantu untuk meditasi agar selalu berfikir positif dan menerima keadaan hidupnya

F. Terapi Aktivitas Kelompok

Terapi aktivitas kelompok yang cocok adalah Stimulasi Persepsi Pencegahan Bunuh Diri. Stimulasi persepsi klien untuk mencegah keinginan bunuh diri, meningkatkan harga diri, dan menggunakan mekanisme koping yang adaptif.

Ada beberapa sesi untuk mencegah terjadinya bunuh diri:

1. Menggunakan koping adatif (untuk mencapai TUK 8)
   Tujuan:
   1. Klien dapat mengenali hal-hal yang ia sayangi
   2. Klien dapat menggunakan mekanisme koping yang adaptif
   3. Klien dapat merencanakan dan menetapkan masa depan yang realistis
2. Meningkatkan Harga Diri Rendah (untuk mencapai TUK 3,7)
   Tujuan:
   1. Klien dapat mengidentifikasik pengalaman yang tidak menyenangkan.
   2. Klien dapat mengidentifikasi hal positif pada dirinya
   3. Kemampuan bercakap-cakap masalah pribadi (untuk mencapai TUK 1)

Tujuan:

Klien mampu menyampaikan dan membicarakan masalah pribadi dengan orang lain:

a. Menyampaikan masalah pribadi
b. Memilih satu masalah untuk di bicarakan
c. Memberi pendapat tentang masalah pribadi yang di pilih

4. Melindungi pasien dari bunuh diri (untuk mencapai TUK 2, 4, 5, 6)

   Tujuan:

   1. Klien dapat mengendalikan saat ada keinginan atau dorongan untuk bunuh diri
   2. Klien dapat mengekspresikan perasaannya

TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK (TAK) STIMULASI PERSEPSI PADA KLIEN DENGAN RESIKO BUNUH DIRI

A. Topik

Pencegahan Resiko Bunuh Diri

Sesi 1 : Melindungi pasien dari bunuh diri

Sesi 2 : Meningkatkan Harga Diri pasien

Sesi 3 : Menggunakan mekanisme koping yang adaptif

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

   Peserta TAK mampu meningkatkan hubungan interpersonal anggota kelompok, berkomunikasi, mampu berinteraksi maupun berespon terhadap stimulasi yang diberikan

2. Tujuan Khusus

   Sesi 1

   a. Klien dapat meningkatkan harga diri
   b. Klien dapat berpikir positif terhadap dirinya

   Sesi 2

   a. Klien dapat menggunakan mekanisme koping yang adaptif
   b. Klien dapat membuat rencana masa depan yang realistis

C. Landasan Teori

Bunuh diri adalah tindakan agresif terhadap diri sendiri untuk mengakhiri kehidupan. Bunuh diri merupakan koping terakhir dari individu untuk memecahkan masalah yang dihadapi.

Resiko bunuh diri adalah resiko untuk mencederai diri sendiri yang dapatmengancam kehidupan. Bunuh diri merupakan kedaruratan psikiatri karena merupakan perilaku untuk mengakhiri kehidupannya. Perilaku bunuh diri disebabkan karena stress yang tinggi dan berkepanjangan dimana individu gagal dalam melakukan mekanisme koping yang digunakan dalam mengatasi masalah. Beberapa alasan individu mengakhiri kehidupan adalah kegagalan untuk beradaptasi, sehingga tidak dapat menghadapi stress, perasaan terisolasi, dapat terjadi karena kehilangan hubungan interpersonal/ gagal melakukan hubungan yang berarti, perasaan marah/bermusuhan, bunuh diri dapat merupakan hukuman pada diri sendiri, cara untuk mengakhiri keputusasaan.

D. Klien

1. Kriteria

   - Klien yang sehat fisik
   - Klien dengan harga diri rendah kronis
   - Klien yang memiliki perasaan negatif pada dirinya
   - Klien dengan resiko bunuh diri

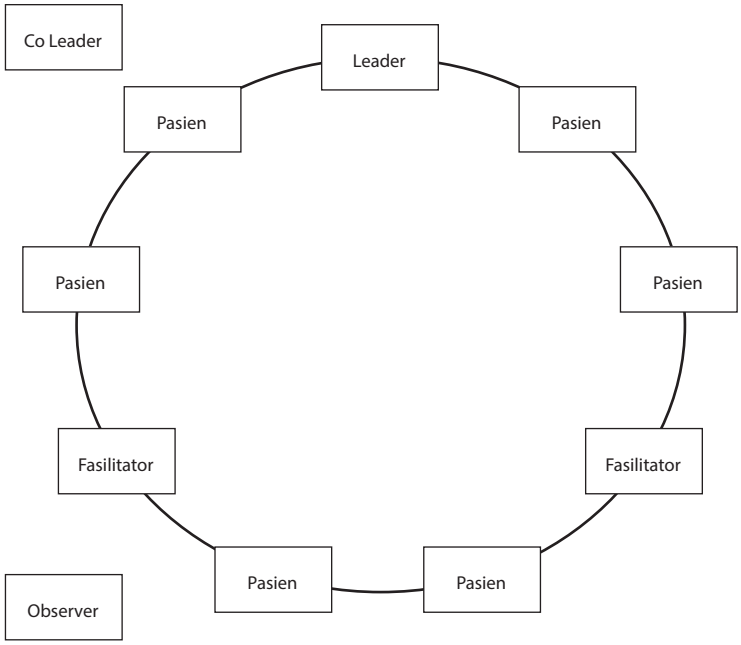
2. Proses Seleksi
   - Berdasarkan observasi klien sehari- hari
   - Berdasarkan informasi dan diskusi dengan perawat ruangan mengenai perilaku klien sehari- hari
   - Hasil diskusi kelompok
   - Berdasarkan asuhan keperawatan
   - Adanya kesepakatan dengan klien

E. Pengorganisasian
1. Waktu
   a. Hari/tanggal :
   b. Jam :
   c. Acara :
      - Pembukaan :
      - Perkenalan pada klien :
      - Perkenalan TAK :
      - Penutup
   d. Tempat :
   e. Jumlah pasien :
2. Tim Terapis
   a. Leader
      1) Mengkoordinasi seluruh kegiatan.
      2) Memimpin jalannya terapi kelompok.
      3) Memimpin diskusi.
      4) Kontrak waktu
   b. Co Leader
      1. Membantu leader mengkoordinasi seluruh kegiatan.
      2. Mengingatkan leader jika ada kegiatan yang menyimpang.
      3. Membantu memimpin jalannya kegiatan.
      4. Menggantikan leader jika terhalang tugas.
   c. Fasilitator
      1. Memotivasi peserta dalam aktivitas kelompok.
      2. Memotivasi anggota dalam ekspresi perasaan setelah kegiatan.
      3. Mengatur posisi kelompok dalm lingkungan untuk melaksanakan kegiatan.
      4. Membimbing kelompok selama permainan diskusi.
      5. Membantu leader dalam melaksanakan kegiatan.
      6. Bertanggung jawab terhadap program antisispasi masalah.

d. Observer
   1) Membantu klien meluruskan dan menjelaskan tugas yang harus dilakukan
   2) Mendampingi peserta TAK
   3) Memotivasi klien untuk aktif dalam kelompok
   4) Menjadi contoh bagi klien selama kegiatan

e. Anggota
   - Menjalankan dan mengikuti kegiatan terapi

3. Metode dan media
   a. Metode
      1. Diskusi
      2. Permainan
   b. Alat:
      1. Spidol sebanyak jumlah klien yang mengikuti TAK.
      2. Kertas putih HVS dua kali jumlah klien yang mengikuti TAK.
   c. Setting:
      1. Terapis dan klien duduk bersama dalam lingkaran.
      2. Ruangan nyaman dan tenang.



SESI 1
Stimulasi persepsi: Pencegahan Bunuh Diri
Mencegah Keinginan untuk Bunuh Diri

Tujuan:

1. Klien dapat mengendalikan saat ada keinginan atau dorongan untuk bunuh diri
2. Klien dapat mengekspresikan perasaannya

Setting:

1. Terapis dank lien duduk bersama secara melingkar
2. Tempat nyaman dan tenang.

Alat:

1. Spidol sebanyak jumlah klien yang mengikuti TAK.
2. Kertas putih HVS dua kali jumlah klien yang mengikuti TAK.

Metode:

1. Diskusi dan Tanya jawab
2. Permainan

Langkah Kegiatan

1. Persiapan
   a. Memilih klien sesuai dengan indikasi, yaitu klien dengan Resiko Bunuh Diri
   b. Membuat kontrak dengan klien.
   c. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan.
2. Orientasi
   a. Salam terapeutik
      1. Salam dari terapis kepada klien.
      2. Perkenalkan nama dan panggilan terapis (pakai papan nama).
      3. Menanyakan nama dan panggilan semua klien (beri papan nama).
   b. Evaluasi/validasi
      Menanyakan perasaan klien saat ini.
   c. Kontrak
      1. Terapis menjelaskan tujuan kegiatan, yaitu mencegah keinginan untuk bunuh diri
      2. Terapis menjelaskan aturan main berikut:
         a. Jika ada klien yang ingin meninggalkan kelompok, harus meminta izin kepada terapis.
         b. Lama kegiatan 30 menit.
         c. Setiap klien mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai.

3. Tahap kerja
    a. Terapis memperkenalkan diri: nama lengkap dan nama panggilan serta memakai papan nama.
    b. Terapis menanyakan perasaan klien saat ini
    c. Terapis menanyakan apakah klien masih ada keinginan bunuh diri
    d. Terapis menanyakan apa yang dilakukan klien saat keinginan tersebut muncul
    e. Terapis menjelaskan cara mengalihkan bila keinginan untuk bunuh diri muncul dengan modifikasi lingkungan psikis.
    f. Terapis memberi pujian pada setiap peran serta klien.
4. Tahap terminasi.
    a. Evaluasi
        1. Terapis menanyakan perasaan klien setelah mengikuti TAK
        2. Terapis memberikan pujian atas keberhasilan kelompok.
    b. Tindak lanjut.
        Terapis meminta klien menceritakan kembali cara mengalihkan bila keinginan bunuh diri muncul secara tertulis.
    c. Kontrak yang akan datang.
        1. Menyepakati TAK yang akan datang, yaitu mengidentifikasi hal positif yang dimiliki untuk meningkatkan harga diri
        2. Menyepakati waktu dan tempat

Evaluasi dan dokumentasi

Evaluasi

Evaluasi dilakukan saat proses TAK berlangsung, khususnya pada tahap kerja. Aspek yang dievaluasi adalah kemampuan klien sesuai dengan tujuan TAK. Untuk TAK sesi 2 stimulasi persepsi: pencegahan resiko bunuh diri , kemampuan klien yang diharapkan adalah mampu menceritakan kembali cara mencegah bila keinginan bunuh diri. Formulir evaluasi sebagai berikut:

No	Aspek yang Dinilai	Nama Peserta TAK							
1	Menyebutkan cara yang selama ini digunakan untuk mengalihkan bila muncul keinginan bunuh diri								
2	Menyebutkan efektivitas cara								
3	Memperagakan mengalihkan bila keinginan bunuh diri muncul								

Petunjuk:

1. Tulis nama panggilan klien yang ikut TAK pada kolom nama.
2. Beri tanda (√) jika klien mampu dan tanda (X) jika klien tidak mampu.

Dokumentasi

Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki oleh klien saat TAK pada catatan proses keperawatan tiap klien. Contoh: klien mengikuti sesi , TAK stimulasi persepsi pencegahan resiko bunuh diri. Klien mampu menuliskan cara mengalihkan bila keinginan bunuh diri muncul dan tingkatkan *reinforcement* (pujian).

SESI 2
Stimulasi persepsi: Pencegahan Bunuh Diri
Meningkatkan Harga Diri Klien

Tujuan
1. Klien dapat mengidentifikasik pengalaman yang tidak menyenangkan.
2. Klien dapat mengidentifikasi hal positif pada dirinya

Setting
1. Terapis dank lien duduk bersama dalam lingkaran.
2. Ruang nyaman dan tenang.

Alat
1. Spidol sebanyak jumlah klien yang mengikuti TAK.
2. Kertas putih HVS dua kali jumlah klien yang mengikuti TAK.

Metode
1. Diskusi
2. Permainan

Langkah kegiatan
1. Persiapan
   a. Memilih klien sesuai dengan indikasi, yaitu klien dengan gangguan konsep diri, harga diri rendah.
   b. Membuat kontrak dengan kien.
   c. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan.
2. Orientasi
   a. Salam terapeutik
      1. Salam dari terapis kepada klien.
      2. Perkenalkan nama dan panggilan terapis (pakai papan nama).
      3. Menanyakan nama dan panggilan semua klien (beri papan nama)
   b. Evaluasi/validasi
      Menanyakan perasaan klien saat ini.
   c. Kontrak
      1. Terapis menjelaskan tujuan kegiatan, yaitu bercakap-cakap tentang hal positif diri sendiri.
      2. Terapis menjelaskan aturan main berikut.
         a. Jika ada klien yang ingin meninggalkan kelompok, harus meminta izin kepada terapis.

b. Lama kegiatan 45 menit.
c. Setiap klien mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai.

3. Tahap Kerja
   a. Terapis memperkenalkan diri: nama lengkap dan nama panggilan serta memakai papan nama.
   b. Terapis membagikan kertas dan spidol kepada klien.
   c. Terapis meminta tiap klien menulis pengalaman yang tidak menyenangkan.
   d. Terapis memberi pujian atas peran serta klien.
   e. Terapis membagikan kertas yang kedua.
   f. Terapis meminta tiap klien menulis hal positif tentang diri sendiri, kemampuan yang dimiliki, kegiatan yang biasanya dilakukan di rumah dan dirumah sakit.
   g. Terapis meminta klien membacakan hal positif yang sudah ditulis secara bergiliran sampai semua klien mendapat giliran.
   h. Terapis memberi pujian pada setiap peran serta klien
4. Tahap terminasi
   a. Evaluasi
      1. Terapis menanyakan perasaan klien setelah mengikuti TAK.
      2. Terapis memberikan pujian atas keberhasilan kelompok.
   b. Tindak lanjut.
      Terapis meminta klien menulis hal positif lain yang belum tertulis.
   c. Kontrak yang akan datang.
      1. menyepakati TAK yang akan datang, yaitu melatih hal positif diri yang dapat diterapkan dirumah sakit dan dirumah.
      2. Menyepakati waktu dan tempat.

Evaluasi dan Dokumentasi

Evaluasi dilakukan saat proses TAK berlangsung, khususnya pada tahap kerja. Aspek yang dievaluasi adalah kemampuan klien sesuai dengan tujuan TAK. Untuk TAK stimulasi presepsi: harga diri rendah sesi 3, kemampuan klien yang diharapkan adalah menuliskan pengalaman yang tidak menyenangkan dan aspek positif (kemampuan) yang dimiliki. Formulir evaluasi sebagai berikut.

Kemampuan menulis pengalaman yang tidak menyenangkan dan hal positif diri sendiri

No.	Nama klien	Menulis pengalaman yang tidak menyenangkan	Menulis hal positif diri sendiri
1			
2			
3			
4			

No.	Nama klien	Menulis pengalaman yang tidak menyenangkan	Menulis hal positif diri sendiri
5			
6			
7			
8			

Petunjuk:

1. Tulis nama panggilan klien yang ikut TAK pada kolom nama.
2. Untuk tiap klien, beri penilaian tentang kemampuan menulis pengalaman yang tidak menyenangkan dan aspek positif diri sendiri. Beri tanda cek jika klien mampu dan tanda silang jika klien tidak mampu.

Dokumentasi

Dokumentasi kemampuan yang dimiliki klien saat TAK pada catatan proses keperaawatan tiap klien. Contoh: klien mengikuti sesi 3, TAK stimulasi persepsi harga diri rendah. Klien mampu menuliskan tiga hal pengalaman yang tidak menyenangkan, mengalami kesulitan menyebutkan hal positif diri. Anjurkan klien menulis kemampuan dan hal positif dirinya dan tingkatkan rinforcement (pujian).

SESI 3
Stimulasi persepsi: Pencegahan Bunuh Diri
Menggunakan mekanisme koping yang adaptif

Tujuan:

1. Klien dapat mengenali hal-hal yang ia sayangi
2. Klien dapat menggunakan mekanisme koping yang adaptif
3. Klien dapat merencanakan dan menetapkan masa depan yang realistis

Setting

1. Terapis dan klien duduk bersama secara melingkar
2. Tempat nyaman dan tenang.

Alat

1. Spidol sebanyak jumlah klien yang mengikuti TAK.
2. Kertas putih HVS dua kali jumlah klien yang mengikuti TAK.

Metode

1. Diskusi dan Tanya jawab
2. Permainan

Langkah kegiatan

1. Persiapan
   a. Mengingatkan kontrak dengan klien yang telah mengikuti sesi 4.
   b. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan.
2. Orientasi
   a. Salam terapiutik.
      1. Salam dari terapis kepada klien.
      2. Klien dan terapis pakai papan nama.
   b. Evaluasi/validasi
      Menanyakan perasaan klien saat ini.
   c. Kontrak
      1. Terapis menjelaskan tujuan TAK
      2. Terapis menjelaskan aturan main berikut:
         a. Jika ada kien yang meninggalkan kelompok, harus meminta izin kepada terapis.
         b. Lama kegiatan 30 menit.
         c. Setiap klien mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai.

3. Tahap kerja
   a. Terapis membagikan kertas HVS dan spidol, masing-masing satu buah untuk setiap klien
   b. Terapis meminta klien menuliskan siapa orang yang paling disayangi dan dicintai
   c. Terapis meminta klien memilih dari salah satu orang yang dicintai, siapa yang paling dekat dan paling dipercaya oleh klien
   d. Terapis menjelaskan pentingnya koping yang adaptif dan menganjurkan klien untuk berbagi masalah kepada orang yang paling dekat dan dipercaya agar klien tidak merasa tertekan dan terbebani
   e. Terapis menjelaskan pentingnya memiliki tujuan hidup (masa depan) agar bersemangat berusaha mewujudkan dan optimistis
   f. Terapis meminta klien menuliskan masing-masing tujuan hidup (masa depan) klien di kertas yang telah dibagikan.
   g. Terapis meminta klien untuk membacakan tujuan hidup (masa depan) yang telah ditulisnya secara bergantian
   h. Terapis memberikan pujian dan mengajak tepuk tangan klien lain jika satu orang klien telah selesai membacakan.
   i. Terapis meminta klien melihat lagi tujuan hidupnya (masa depannya), mencoret tujuan yang sulit (tidak mungkin) dicapai.
   j. Terapis meminta klien membaca ulang tujuan hidup (masa depan) yang benar-benar realistis (seperti langkah d).
   k. Terapis memberikan pujian kepada klien setiap selesai membacakan tujuan hidupnya.
4. Tahap terminasi.
   a. Evaluasi
      1. Terapis menanyakan perasaan klien setelah mengikuti TAK.
      2. Terapis memberikan pujian kepada kelompok.
   b. Tindak lanjut
      Terapis meminta klien untuk menyimpan kertas tersebut dan menuliskan lagi\tujuan hidup yang mungkin masih ada dan pengalaman-pengalaman yang menyenangkan bersama orang yang dicintai dan membacanya kembali agar bisamenggunakan mekanisme koping yang adaptif
   c. Kontrak yang akan datang
      1. Menyepakati kegiatan TAK yang akan datang,
      2. Menyepakati waktu dan tempat untuk TAK

Evaluasi dan dokumentasi

Evaluasi dilakukan saat proses TAK berlangsung, khususnya pada tahap kerja. Aspek yang dievaluasi adalah kemampuan klien sesuai dengan tujuan TAK. Untuk TAK stimulasi persepsi: Menggunakan mekanisme koping yang adaptif pada sesi III, kemampuan klien

yang diharapkan adalah mampu menggunakan mekanisme koping yang adaptif dan mampu menentukan masa depan yang realistis. Formulir evaluasi sebagai berikut:

No	Aspek yang Dinilai	Nama Peserta TAK							
1	Menyebutkan orang yang paling dicintai dan disayangi								
2	Memilih orang yang paling dekat dan dipercaya								
3	Menyebutkan cara menggunakan koping yang adaptif								
4	Menuliskan tujuan hidup (masa depan)								
5	Membaca tujuan hidup (masa depan)								
6	Memilih tujuan hidup (masa depan) yang realistis								

Petunjuk:

1. Tulis nama panggilan klien yang ikut TAK pada kolom nama.
2. Beri tanda (√) jika klien mampu dan tanda (X) jika klien tidak mampu.

Dokumentasi

Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki klien saat TAK pada catatan proses keperawatan tiap klien. Contoh: klien mengikuti sesi 4, TAK stimulasi persepsi: Menggunakan Mekanisme Koping yang Adaptif. Misalnya: Klien mampu berbagi masalah dengan keluarga. Anjurkan dan jadwalkan agar klien melakukannya serta berikan pujian.

Unit 7

TERAPI MODALITAS KEPERAWATAN JIWA

- a. Terapi Kelompok
- b. Terapi Individu
- c. Terapi Keluarga
- d. Terapi Kognitif
- e. Terapi Perilaku
- f. Terapi Lingkungan
- g. Terapi ECT
- f. Terapi Psikofarmaka

BAB 29

Terapi Modalitas dalam Keperawatan Jiwa

A. Latar Belakang

Gangguan jiwa atau penyakit jiwa merupakan penyakit dengan multi kausal, suatu penyakit dengan berbagai penyebab yang sangat bervariasi. Penyebab gangguan jiwa selama ini dikenali meliputi area organobiologis, area psikoedukatif, dan area sosiokultural. Dalam konsep stress-adaptasi penyebab perilaku maladaptive dikostrukkan sebagai tahapan mulai adanya factor predisposisi, factor presipitasi dalam bentuk stressor pencetus, kemampuan penilaian terhadap stressor, sumber koping yang dimiliki, dan bagaimana mekanisme koping yang dipilih oleh seorang individu. Dari sini kemudian baru menentukan apakah perilaku individu tersebut adaptif atau maladaptive.

Banyak ahli dalam kesehatan jiwa memiliki persepsi yang berbeda-beda terhadap apa yang dimaksud gangguan jiwa dan bagaimana gangguan perilaku terjadi. Perbedaan pandangan tersebut tertuang dalam bentuk model konseptual kesehatan jiwa. Pandangan model psikoanalisa berbeda dengan pandangan model social, model perilaku, model eksistensial, model medical, berbeda pula dengan model stress – adaptasi. Masing-masing model memiliki pendekatan unik dalam terapi gangguan jiwa. Berbagai pendekatan penanganan klien gangguan jiwa inilah yang dimaksud dengan terapi modalitas. Suatu pendekatan penanganan klien gangguan yang bervariasi yang bertujuan mengubah perilaku klien gangguan jiwa dengan perilaku maladaptifnya menjadi perilaku yang adaptif.

B. Terapi Kelompok

1. Pengertian

Terapi Kelompok adalah suatu pelayanan kepada kelompok yang tujuan utamanya untuk membantu anggota-anggota kelompok memperbaiki penyesuaian sosial mereka dan tujuan keduanya untuk membantu kelompok mencapai tujuan-tujuan yang disepakati oleh masyarakat. Kelompok adalah sekumpulan individu yang hubungannya didasarkan pada kepentingan, nilai-nilai, atau tujuan yang sama

Menurut Suharto (2007) terapi kelompok adalah salah salah satu metoda pekerjaan sosial yang menggunakan kelompok sebagai media dalam proses pertolongan profesionalnya, terutama mengkonsentrasikan diri pada pemberian pengalaman-pengalaman kelompok untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan perkembangan secara normal, membantu mencegah perpecahan sosial, memudahkan tujuan-tujuan korektif dan rehabilitatif serta mendorong keterlibatan dan tanggung jawab penduduk dalam aksi sosial .

Penekanan dalam terapi kelompok ialah memahami gangguan dalam relasi interpersonal dan mengurang gangguan itu dalam setting kelompok. Anggota kelompok biasanya berkisar dari 5 sampai 10 anggota. Terapi kelompok dapat berlangsung selama beberapa minggu, beberapa bulan atau beberapa tahun dan biasanya dilakukan seminggu sekali. Keunggulan dalam terapi kelompok ialah bahwa anggota kelompok dianggap mewakili suatu lingkungan interpersonal dengan lebih baik daripada hanya satu orang terapis, sehingga dapat lebih menjamin perbaikan hubungan interpersonal (Slamet, 2007).

2. Tujuan Terapi Kelompok

Terapi kelompok digunakan untuk memelihara atau memperbaiki keberfungsian personal dan sosial para anggota kelompok dalam beragam tujuan, yakni tujuan korektif, tujuan preventif, tujuan pertumbuhan sosial normal, tujuan peningkatan personal dan tujuan peningkatan partisipasi dan tanggung jawab masyarakat.

Terapi Kelompok mampu mengembangkan rasa memiliki (sense of belonging), mengembangkan kemampuan dasar untuk berpartisipasi, meningkatkan kemampuan untuk memberikan kontribusi pada keputusan melalui pemiklran rasional dan penieasan kelompok, meningkatkan respek terhadap keberbedaan orang lain, dan mengembangkan iklim sosial yang hangat dan penuh penerimaan.

3. Manfaat Terapi Kelompok

Beberapa manfaat yang didapatkan dari Terapi Kelompok yaitu diantaranya:

1. Dapat membentuk perubahan perilaku terhadap dari klien. Perubahan perilaku yang diubah mengarah pada kebiasaan dari klien sehingga klien mendapatkan pemahaman kenapa perilaku yang sudah menjadi kebiasaannya dianggap tidak diharapkan kelompok.

2. Membentuk sosialisasi
3. Meningkatkan fungsi psikologis, yaitu meningkatkan kesadaran tentang hubungan antara reaksi emosional diri sendiri dengan perilaku defensive dan adaptasi.
4. Membangkitkan motivasi bagi kemajuan fungsi-fungsi psikologis seperti kognitif dan afektif.
5. Dapat meningkatkan identitas diri si klien.
6. Klien dapat menyalurkan emosi secara konstruktif.
7. Meningkatkan keterampilan hubungan sosial untuk diterapkan dalam kehidupan sehari-hari.
8. Meningkatkan kemampuan ekspresi diri, keterampilan sosial, kepercayaan diri, kemampuan empati dan meningkatkan kemampuan tentang masalah-masalah kehidupan dan pemecahannya.

4. Indikasi dan Syarat Terapi Kelompok

A. Indikasi:
   a. Klien Psikotik seperti kecemasan, panik, depresi ringan
   b. Klien yang mengalami stress dalam kehidupan penyakit/kematian.
   c. Klien dengan masa kanak-kanak yang tidak menyenangkan
   d. Klien dengan gangguan keluarga, ketergantungan, dan sejenisnya

B. Kontra indikasi:
   a. Waham
   b. Depresi berat
   c. Sosio/Psikopat
   d. Sedang menjalani terapi lain
   e. Tidak ada harapan sembuh
   f. Pembosan

C. Persyaratan
   a. Jumlah Anggota:
      a) Menurut Wartono: 7 – 8 orang, minimal 4 orang
      b) Menurut Caplan: 7 – 9 Orang
      c) Umumnya tidak lebih dari 10 orang
   b. Persyaratan dan kualitas terapis
      Menurut Depkes RI bahwa persyaratan dan kualifikasi untuk memberikan terapi kelompok adalah:
      a) Pengetahuan pokok tentang pikiran-pikiran dan tingkah laku normal dan patologi dalam budaya setempat
      b) Memiliki konsep teoritis yang padat dan logis yang cukup sesuai untuk dipergunakan dalam memahami pikiran-pikiran dan tingkah laku yang normal maupun patologis

c) Memiliki teknis yang bersifat terapeutik yang menyatu dengan konsep-konsep yang dimiliki melalui pengalaman klinis dengan pasien
d) Memiliki kecakapan untuk menggunakan dan mengontrol institusi untuk membaca yang tersirat dan menggunakannya secara empatis untuk memahami apa yang dimaksud dan dirasakan pasien dibelakang kata-katanya
e) Memiliki kesadaran atas harapan-harapan sendiri, kecemasan dan mekanisme pertahanan yang dimiliki dan pengaruhnya terhadap teknik terapeutiknya
f) Harus mampu menerima pasien sebagai manusia utuh dengan segala kekurangan dan kelebihannya.

c. Komposisi Terapis
   1. Leader dan Co. leader
      Meliputi tugas menganalisa dan mengobservasi pola-pola komunikasi yang terjadi dalam kelompok, membantu anggota kelompok untuk menyadari dinamisnya kelompok, menjadi motivator, membantu kelompok menetapkan tujuan dan membuat peraturan serta mengarahkan dan memimpin jalannya terapi aktivitas kelompok.
   2. Fasilitator
      Sebagai fasilitator, perawat ikut serta dalam kegiatan kelompok sebagai anggota kelompok dengan tujuan memberi stimulus pada anggota kelompok lain agar dapat mengikuti jalannya kegiatan.
   3. Observer
      Tugas seorang observer meliputi: mencatat serta mengamati respon penderita, mengamati jalannya proses terapi dan menangani peserta atau anggota kelompok yang drop out.

Dari rangkaian tugas diatas, peranan ahli terapi utamanya adalah sebagai fasilitator. Idealnya anggota kelompok sendiri adalah sumber primer penyembuhan dan perubahan. Pemimpin kelompok lebih mempengaruhi tingkat kecemasan dan pola tingkah laku anggota kelompok jika dibandingkan dengan anggota kelompok itu sendiri.Karena peranan penting terapis ini, maka diperlukan latihan dan keahlian yang betul-betul professional. Stuart & Sunden (1995) mengemukakan bahwa peran perawat psikiatri dalam terapi kelompok adalah sebagai leader/co leader, sebagai observer dan fasilitator serta mengevaluasi hasil yang dicapai dalam kelompok.

5. Tahapan Terapi Kelompok

Kelompok sama dengan individu, mempunyai kapasitas untuk tumbuh dan berkembang. Kelompok akan berkembang melalui empat fase, yaitu: Fase pra-kelompok; fase awal kelompok; fase kerja kelompok; fase terminasi kelompok sebagai berikut:

1. Pra kelompok

   Dimulai dengan membuat tujuan, merencanakan, siapa yang menjadi leader, anggota, dimana, kapan kegiatan kelompok tersebut dilaksanakan, proses evaluasi pada anggota dan kelompok, menjelaskan sumber-sumber yang diperlukan kelompok seperti proyektor dan jika memungkian biaya dan keuangan.

   Tahap penyeleksian anggota harus dilakukan terhadap orang-orang yang paling mungkin mendapatkan manfaat dari struktur kelompok dan keterlibatannya dalam kelompok. Dalam beberapa kasus penyelesaian anggota kelompok didasarkan pada pertimbangan bahwa orang tersebut akan mampu memberikan kontribusi terhadap kelompok (usia, jenis kelamin, status sosial) perlu dipertimbangkan dalam tahap ini. Minat dan ketertarikan individu terhadap kelompok juga penting diperhatikan, karena anggota yang memiliki perasaan positif terhadap kelompok akan terlibat dalam berbagai kegiatan secara teratur dan konsisten.

2. Fase awal

   a. Tahap Intake

      Tahap ini ditandai oleh adanya pengakuan mengenai masalah spesifik yang mungkin tepat dipecahkan melalui pendekatan kelompok. Tahap ini disebut juga sebagai tahap kontrak antara pekerja sosial (terapis) dengan klien, karena pada tahap ini dirumuskannya persetujuan dan komitmen antara mereka untuk melakukan kegiatan-kegiatan perubahan tingkah laku melalui kelompok.

   b. Tahap Asessmen dan Perencanaan Intervensi

      Pemimpin kelompok bersama dengan anggota kelompok mengidentifikasi permasalahan, tujuan-tujuan kelompok serta merancang rencana tindakan pemecahana masalah. Dalam kenyataannya, tahap ini tidaklah definitive, karena hakekatnya kelompok senantiasa berjalan secara dinamis sehingga memerlukan penyesuaian tujuan-tujuan dan rencana intervensi.

3. Fase kerja

   Pada tahap ini kelompok sudah menjadi tim. Perasaan positif dan engatif dikoreksi dengan hubungan saling percaya yang telah dibina, bekerjasama untuk mencapai tujuan yang telah disepakati, kecemasan menurun, kelompok lebih stabil dan realistic, mengeksplorasikan lebih jauh sesuai dengan tujuan dan tugas kelompok, dan penyelesaian masalah yang kreatif. Pada fase ini dilakukan tahap untuk pengembangan kelompok.

   Tahap Pengembangan Kelompok dimana norma-norma, harapan-harapan, nilai-nilai dan tujuan-tujuan kelompok akan muncul pada tahap ini, dan akan mempengaruhi serta dipengaruhi oleh aktivitas-aktivitas serta relasi-relasi yang berkembang dalam kelompok. Pekerja sosial pada tahap ini harus memainkan peranan yang aktif dalam mendorong kelompok mencapai tujuan-tujuannya.

4. Tahap Evaluasi dan Terminasi
   Pada tahap evaluasi, dilakukukan pengidentifikasian atau pengukuran terhadap proses dan hasil kegiatan kelompok secara menyeluruh. Selanjutnya, setelah melakukan evaluasi dan monitoring (monitoring adalah pemantauan proses dan keberhasilan kelompok yang dilakukan pada setiap phase), dilakukanlah terminasi atau pengakhiran kelompok. Terminasi dilakukan berdasarkan pertimbangan dan alasan sebagai berikut:
   a. tujuan individu maupun kelompok telah tercapai
   b. waktu yang ditetapkan telah berakhir
   c. kelompok gagal mencapai tujuan-tujuannya
   d. keberlanjutan kelompok dapat membahayakan satu atau lebih anggota kelompok.

6. Bentuk-Bentuk Terapi Kelompok

Terapi kelompok terdiri atas beberapa bentuk, sebagian besar berasal dari jenis-jenis terapi individual diantaranya:

1. Kelompok Eksplorasi Interpersonal – tujuannya adalah mengembangkan kesadaran diri tentang gaya hubungan interpersonal melalui umpan balik korektif dari anggota kelompok yang lain. Pasien diterima dan didukung. Oleh karena itu, dapat meningkatkan harga diri. Tipe ini yang paling umum dilakukan.
2. Kelompok Bimbingan Inspirasi – kelompok yang sangat terstruktur, kohesif, mendukung, yang meminimalkan pentingnya tilikan dan memaksimalkan nilai diskusi di dalam kelompok dan persahabatan. Kelompoknya mungkin saja besar (misal, alcoholis anonymus). Anggota kelompok dipilih seringkali karena mereka "mempunyai problem yang sama".
3. Terapi Berorientasi Psikoanalitik – suatu teknik kelompok dengan struktur yang longgar, terapis melakukan interpretasi tentang konflik nirsadar pasien dan memprosesnya dari observasi interaksi antar anggota kelompok.

7. Jenis-Jenis Kelompok

Secara umum kelompok dapat diartlkan sebagai kumpulan dari dua orang atau lebih yang membentuk kesepakatan untuk mencapai tujuan tertentu. Hartford mendefinisikan kelompok sebagai kumpulan yang terdiri dari dua orang atau lebih yang bersatu dikarenakan rnemiliki tujuan atau perhatian yang sama yang kemudian bersepakat untuk rnerumuskan norma sebagai basis bagi mereka dalam beraktivitas, mencapai tujuan bersama, dan dalam rnembentuk perasaan kebersamaan (zastrow, 1999). Dalam kaitannya dengan Terapi Kelompok, terdapat beberapa jenis kelompok yang sering dilakukan sebagai media pertolongan Pekerjaan Sosial (Zastrow, 1999), yaitu:

1. Kelompok Percakapan Sosial {Soclol Coryersotian Graup)
   Kelompok ini merupakan tipe yang paling terbuka dan informal. Tidak memiliki rencana kegiatan yang dirumuskan secara jelas dan formal, jika topik-topik kegiatan

dirasa membosankan maka setiap anggota berhak rnengusulkan untuk menggantinya dengan yang lebih rnenarik. Para anggota mungkin saja memiliki beberapa tujuan tertentu, tetapi tujuan utamanya adalah untuk mencari kenalan atau sahabat baru, dan tujuan tersebut tidak harus menjadi tujuan kelompok. Dalam penerapan metode PSl, kelompok ini sering digunakan sebagai sarana pengujian untuk menentukan seberapa dalam relasi dapat dikembangkan terhadap orang-orang yang tidak mengenal satu sama lain.

2. Kelompok Rekreasi (Recreotian Group)
   Tujuan kelompok ini adalah untuk menyelenggarakan kegiatan rekreatif atau latihan olah raga. Seringkali kegiatannya bersifat spontan dan umurnnya kelompok ini tidak memiliki pemimpin formal. Dasar pemikiran dibentuknya kelompok ini adalah suatu keyakinan bahwasanya kegiatan rekreasi dan interaksi yang terjadi dalam kelompok ini dapat membantu membangun karakter yang dapat rnencegah perilaku perilaku maladaptif. Kelompok Balap Motor bagi remaja, misalnya, selain dapat mencegah remaja melakukan kebut-kebutan di jalanan, juga dapat membantu menumbuhkan perilaku yang bertanggung jawab diantara mereka.
3. Kelompok Keterampilan Rekreasi (Recreotion Skill Graup)
   Selain tujuan kelompok ini untuk menyelenggarakan kegiatan rekreatif, juga untuk meningkatkan keterampilan tertentu diantara para anggotanya. Berbeda dengan kelompok rekreasi, kelornpok ini memiliki penasihat, pelatih atau instruktur serta memiliki orientasi tugas yang lebih jelas.
4. Kelompok Pendidikan (Educdtionol Group)
   Fokus kelompok ini adalah untuk memperoleh pengetahuan dan keterampilan-keterampilan yang lebih kompleks. Pimpinan kelompok ini biasanya berasal dari seorang profesional yang menguasai keahlian tertentu. Pimpinan tersebut berfungsi seperti halnya seorang pengajar/guru dan umumnya adalah seorang pekerja sosial. Beberapa kegiatan kependidikan dari kelompok ini, antara lain: praktik perawatan anak, pelatihan untuk menjadi orang tua yang baik, persiapan untuk menjadi orang tua adopsi atau pelatihan bagi para volunteer agar mampu melaksanakan tugas-tugas tertentu di suatu lembaga pelayanan sosial
5. Kelompok Pemecahan Masalah dan Pembuatan Keputusan (Problem solving and Decisian Mdking Group)
   Kelompok ini melibatkan klien/penerima pelayanan dan para petugas pernberi pelayanan di suatu lembaga kesejahteraan sosial. Bagi klien, tujuan bergabungnya dengan kelompok ini adalah untuk menemukan pendekatan-pendekatan yang dapat digunakan untuk menemukan sumber-sumber baru dalam memenuhi kebutuhan baru. sedangkan bagi para pemberi pelayanan, kelompok ini dijadikan sarana untuk mengembangkan rencana penyembuhan bagi klien atau sekelompok klien, merumuskan keputusan dalam mengalokasikan sumber-sumber pelayanan yang terbatas, memperbaiki kualitas pelayanan, menyempurnakan kebijakan-kebijakan lembaga, atau memperoleh masukan untuk meningkatkan koordinasi dengan lembaga-lembaga lain.

6. Kelompok Mandiri (self help Graups)
   Kelompok mandiri kini sernakin populer di kalangan pekerja sosial karena sering kali berhasil rnenjadi sarana pertolongan lndividu-indvidu yang mengalami masalah.
   Kelompok mandiri menekankan pada:
   a. Pengakuan para anggotanya tedadap kelompok bahwa mereka memiliki masalah
   b. Pernyataan para anggotanya kepada kelompok mengenai pengalaman-pengalaman masalahnya di masa lalu dan rencana rencana pemecahan masalah dirnasa depan
   c. Apabila salah seorang anggota kelompok berada pada krisis, anggota kelompok tersebut disarankan untuk menghubungi anggota lain yang kemudian mendampinginya sampai krisis tersebut berkurang.

   Beberapa alasan mengapa kelompok mandiri banyak mengalami keberhasilan dalam memecahkan masalah anggotanya, adalah karena para anggotanya memiliki pemahaman diri mengenai masalahnya yang membantu dia dalam membantu orang lain. Pengalaman mereka merasakan penderitaan dan akibat-akibat dari permasalahannya, membuat para anggota termotivasi untuk mencarikan jalan baik bagi dirinya maupun bagi anggota lain yang sependeritaan. Para anggota juga mendapat manfaat berdasarkan prinsip terapi penolong (help theropy principle), para penolong mendapat kepuasan psikologis dengan menolong orang lain. Menolong orang membuat kita merasa baik dan bernilai, serta mengetahui bahwa ada orang lain yang mengalami masalah sama, dan mungkin lebih serius dari masalahnya.

   Beberapa kelompok mandiri, seperti National organization of Women, memfokuskan pada advokasi sosial dan berusaha untuk melakukan perubahan-perubahan di bidang legislatif dan kebijakan. Beberapa kelompok lainnya lagi, seperti Parents of the Mentally Retarded (orang tua yang anaknya cacat mental) mengumpulkan dana dan membuat program-program kemasyarakatan. Banyak orang memasuki kelompok mandiri seperti halnya mendapatkan pelayanan dari lembaga-lembaga kesejahteraan sosial formal. Akan tetapi, keuntungan memasuki kelompok mandiri adalah karena biayanya relatif lebih murah.
7. Kelompok Sosialisasi(Socialization Group)
   Tujuan dibentuknya kelompok ini adalah untuk mengembangkan atau merubah sikap-sikap dan perilaku para anggota kelompok agar lebih dapat diterima secara sosal. Kelompok sosialisasi biasanva nrernfokuskan pada pengembangan keterarnpilan sosial, peningkatan kepercayaan diri, dan perencanaan masa depan.

   Beberapa contoh kegiatan yang dilakukan rnelalui kelornpok ini antara lain bekerja bersama kelompok anak-anak nakal untuk rnencegah kenakalan, bekerjasama kelompok remaja dari berbagai latar belakang budaya untuk mengurangi ketegangan rasial, bekerjasama kelompok remaja putri yang hamil untuk menyusun rencana masa depan, bekerjasama para lanjut usia untuk rneningkatkan keterlibatan mereka dalam berbagai aktivitas, bekerjasama kelompok rernaja dalam suatu lembaga koreksional untuk menyusun rencana pengembangan mereka ke rnasyarakat yang mernimpin kelompok

ini memerlukan pengetahuan dan keterampilan dalam menggunakan kelompok sebagai sarana pengubahan dan pengembangan ndividu. Peranan kepemimpinan dalam kelompok sosialisasi biasanya dilaksanakan oleh seorang Pekerja sosial.

8. Kelompok Penyembuhan (Therapeutic Graup)
   Kelompok terapi umumnya beranggotakan orang-orang yang mengalarni masaah personal dan emosional yang berat atau serius pemimpin kelompok ini di tuntut memiliki pengetahuan dan keterampilan yang handal mengenai tingkah laku manusia dan dinamika kelompok, konseling kelompok, penggunaan kelompok sebagai sarana pengubahan tingkah laku. Mirip konseling perseorangan, tujuan kelompok terapi adalah mengupayakan agar para anggota kelompok mampu menggali masalahnya secara mendalam, dan kemudian mengembangkan satu atau lebih Strategi pemecahan masalah. Ahli terapis kelompok biasanya menggunakan satu atau lebih pendekatan terapi sebagai pedoman dalam melakukan pengubahan tingkah laku. beberapa pendekatan yang kerap kali digunakan meliputi: Psikoanalisis, Reality Therapy, Learning Theory, Rational Therapy, transactional Analysis, Client-Centered Therapy, dan Psychodrama.
9. Kelompok Sensitivitas (Sensitivity Group)
   Kelompok ini dikenal pula dengan nama kelompok pertemuan (encounter group) atau keompok pelatihan (training group). Dalam kelompok ini setiap anggota berinteraksi satu sama lain secara mendalam dan saling menghubungkan masalahnya sendiri secara terbuka. Tujuannya adalah untuk meningkatkan kesadaran interpersonal (interpcrsonol awareness). Para anggota bertemu beberapa jam atau bahkan sampai beberapa hari, hingga tercapainya kesadaran interpersonal yang kemudian dijadikan titik tolak pengubahan sikap dan tingkah laku.

8. Kerangka Teoritis Terapi Kelompok

1. Model fokal konflik
   Terapi kelompok berfokus pada kelompok dari pada individu. Terapi kelompok dikembangkan berdasarkan konflik yang tidak disadari. Pengalaman kelompok secara berkesinambungan muncul kemudian konfrontir konflik untuk penyelesaian masalah, tugas terapis membantu anggota kelompok memahami konflik dan mencapai penyelesaian konflik.

   Menurut model ini pimpinan kelompok (Leader) harus memfasilitasi dan memberikan kesempatan kepada anggota untuk mengekpresikan perasaan dan mendiskusikan perasaan dan mendiskusikannya untuk penyelesaian masalah.
2. Model komunikasi
   Model komunikasi menggunakan prinsip-prinsip teori komunikasi dan komunikasi terapeutik. Diasumsikan bahwa disfungsi atau komunikasi tak efektif dalam kelompok akan menyebabkan ketidakpuasan anggota kelompok, umpan balik tidak sekuat dari kohesi atau keterpaduan kelompok menurun.

Dengan menggunakan model ini leader memfasilitasi komunikasi efektif, masalah individu atau kelompok dapat diidentifikasi dan diselesaikan.

Leader mengajarkan pada kelompok bahwa:

a. Perlu berkomunikasi.
b. Anggota harus bertanggung jawab pada semua level, misalnya komunikasi verbal, nonverbal, terbuka dan tertutup.
c. Pesan yang disampaikan dapat dipahami orang lain.
d. Anggota dapat menggunakan teori komunikasi dalam membantu satu dan yang lain untuk melakukan komunikasi efektif.

Model ini bertujuan membantu meningkatkan ketrampilan interpersonal dan sosial anggota kelompok.Selain itu teori komunikasi membantu anggota merealisasi bagaimana mereka berkomunikasi lebih efektif. Selanjutnya leader juga perlu menjelaskan secara singkat prinsip-prinsip komunikasi dan bagaimana menggunakan didalam kelompok serta menganalisa proses komunikasi tersebut.

3. Model interpersonal

Sullivan mengemukakan bahwa tingkah laku (pikiran, perasaan, tindakan) digambarkan melalui hubungan interpersonal. Contoh: Interaksi dalam kelompok dipandang sebagai proses sebab akibat dari tingkah laku anggota lain. Pada teori ini terapis bekerja dengan individu dan kelompok. Anggota kelompok ini belajar dari interaksi antar anggota dan terapis. Melalui ini kesalahan persepsi dapat dikoreksi dan perilaku sosial yang efektif dipelajari. Perasaan cemas dan kesepian merupakan sasaran untuk mengidentifikasi dan merubah tingkah laku atau perilaku.

Contoh: Tujuan salah satu terapi kelompok untuk meningkatkan hubungan interpersonal. Pada saat konflik interpersonal muncul, leader menggunakan situasi tersebut untuk mendorong anggota untuk mendiskusikan perasaan mereka dan mempelajari konflik apa yang membuat anggota merasa cemas dan menentukan perilaku apa yang digunakan untuk menghindari atau menurunkan cemas pada saat terjadi konflik.

4. Model psikodrama

Dengan model ini memotivasi anggota kelompok untuk berakting sesuai dengan peristiwa yang baru terjadi atau peristiwa yang pernah lalu. Anggota memainkan peran sesuai dengan yang pernah dialami.

Contoh: Klien memerankan ayahnya yang dominan atau keras.

9. Terapi Aktifitas Kelompok (TAK)

Terapi Aktifitas Kelompok adalah suatu upaya untuk memfasilitasi psikoterapis terhadap sejumlah klien pada waktu yang sama, untuk memantau dan meningkatkan hubungan interpersonal antar anggota.

Klien yang dirawat di rumah sakit jiwa atau ruang jiwa umumnya dengan keluhan tidak dapat diatur di rumah, misalnya amuk, diam saja, tidak mandi, keluyuran, mengganggu orang

lain dan sebagainya. Setelah berada dan dirawat di rumah sakit, hal yang sama sering terjadi banyak klien diam, menyendiri tanpa ada kegiatan. Hari – hari perawatan dilalui dengan makan, minum obat dan tidur. Ada di antara klien yang dengan inisiatif sendiri mencari perubahan situasi dengan jalan – jalan di rumah sakit namun ada diantara mereka yang tidak tahu jalan pulang sehingga jika tertangkap ia dicap sebagai klien yang melarikan diri kemudian dimasukan lagi ke dalam ruang isolasi. Apa sebenarnya yang dilakukan klien??

Terapi aktivitas kelompok merupakan salah satu tindakan keperawatan untuk klien gangguan jiwa. Terapi ini adalah terapi yang pelaksanaannya merupakan tanggung jawab penuh dari seorang perawat. Oleh karena itu seorang perawat khususnya perawaat jiwa haruslah mamu melakukan terapi aktivitas kelompok secara tepat dan benar.

a. Tujuan Terapeutik

Umum:

1. Meningkatkan kemampuan uji realitas melalui komunikasi dan umpan balik dengan atau dari orang lain.
2. Melakukan sosialisasi
3. Meningkatkan kesadaran terhadap hubungan reaksiemosi dengan tindakan atau perilaku defensive.
4. Membangkitkan motifasi untuk kemajuan fungsi kognitif dan efektif.

Khusus:

1. Meningkatkan identitas diri
2. Menyalurkan emosi secara konstruktif
3. Meningkatkan ketrampilan hubungan interpersonal atau social.

Tujuan Rehabilitasi:

1. Meningkatkan ketrampilan ekspresi diri
2. Meningkatkan ketrampilan social
3. Meningkatkan kepercayaan diri
4. Meningkatkan kemampuan empati
5. Meningkatkan pengetahuan dan kemampuan pemecahan masalah.

b. Fokus Terapi Aktifitas Kelompok

1) Orientasi realitas

Maksudnya adalah memberikan terapi aktivitas kelompok yang mengalami gangguan orientasi terhadap orang, waktu dan tempat. Tujuan adalah klien mampu mengidentifikasi stimulus internal (pikiran, perasaan, sensasi somatic) dan stimulus eksternal (iklim, bunyi, situasi alam sekitar), klien dapat membedakan antara lamunan dan kenyataan, pembicaraan klien sesuai realitas, klien mampu mengenal diri sendiri dan klien mampu mengenal orang lain, waktu dan tempat. Karakteristik klien: gangguan orientasi realita (GOR), halusinasi, waham, ilusi dan

depersonalisasi yang sudah dapat berinteraksi dengan orang lain, klien kooperatif, dapat berkomunikasi verbal dengan baik, dan kondisi fisik dalam keadaan sehat.

2) Sosialisasi
Maksudnya adalah memfasilitasi psikoterapist untuk memantau dan meningkatkan hubungan interpersonal, memberi tanggapan terhadap orang lain, mengekspresikan iden dan tukar persepsi dan menerima stimulus eksternal yang berasal dari lingkungan. Tujuan meningkatkan hubungan interpersonal antar anggota kelompok, berkomunikasi, saling memperhatikan, memberikan tanggapan terhadap orang lain, mengekspresikan ide serta menerima stimulus eksternal. Karakteritistik klien: kurang berminat atau tidak ada inisiatif untuk mengikuti kegiatan ruangan, sering berada di tempat tidur, menarik diri, kontak social kurang, harga diri rendah, gelisah ,curiga, takut dan cemas, tidak ada inisiatif memulai pembicaraan, menjawab seperlunya, jawaban sesuai pertanyaan, dan dapat membina trust, mau berinteraksi dan sehat fisik.

3) Stimulasi persepsi
Maksudnya adalah membantu klien yang mengalami kemunduran orientasi, stimulasi persepsi dalam upaya memotivasi proses berpikir dan afektif serta mengurangi perilaku mal adaptif. Tujuan meningkatkan kemampuan orientasi realita, memusatkan perhatian, intelektual, mengemukakan pendapat dan menerima pendapat orang lain dan mengemukakan perasaannya. Karakteristik klien: gangguan persepsi yang berhubungan dengan nilai – nilai, menarik diri dari realita, inisiati atau ide – ide yang negatif, kondisi fisik sehat, dapat berkomunikasi verbal, kooperatif dan mengikuti kegiatan.

4) Stimulasi sensori
Maksudnya adalah menstimulasi sensori pada klien yang mengalami kemunduran sensoris. Tujuan meningkatkan kemampuan sensori, memusatkan perhatian, kesegaran jasmani, dan mengekspresikan perasaan.

C. Terapi Individu

Terapi individual adalah penanganan klien gangguan jiwa dengan pendekatan hubungan individual antara seorang terapis dengan seorang klien. Suatu hubungan yang terstruktur yang terjalin antara perawat dan klien untuk mengubah perilaku klien. Hubungan yang dijalin adalah hubungan yang disengaja dengan tujuan terapi, dilakukan dengan tahapan sistematis (terstruktur) sehingga melalui hubungan ini terjadi perubahan tingkah laku klien sesuai dengan tujuan yang ditetapkan di awal hubungan.

Hubungan terstruktur dalam terapi individual bertujuan agar klien mampu menyelesaikan konflik yang dialaminya. Selain itu klien juga diharapkan mampu meredakan penderitaan (distress) emosional, serta mengembangkan cara yang sesuai dalam memenuhi kebutuhan dasarnya. Tahapan hubungan dalam terapi individual meliputi:

a. Tahapan orientasi
    1. Perawat membangun hubungan saling percaya dengan klien
    2. Latar belakang klien didiskusikan dan isu diidentifikasi
    3. Perawat dan klien merumuskan tujuan dan menetukan komponen praktik
b. Tahapan kerja
    1. Klien eksplorasi diri
    2. Perawat bekerja dengan isi (cerita) dan proses (perasaan) yang berhubungan dengan penderitaan klien
    3. Klien dibantu untuk mengembangkan pengetahuan tentang diri dan didorong menghadapi risiko mengubah perilaku yang disfungsional
c. Tahapan terminasi
    1. Setelah dua pihak menyetujui bahwa masalah yang mengawali terjalinnya hubungan telah mereda dan lebih terkendali
    2. Klien merasa lebih baik dan melaporkan peningkatan fungsi pribadi, sosial atau pekerjaan
    3. Tujuan terapi telah selesai

Tahapan orientasi dilaksanakan ketika perawat memulai interaksi dengan klien. Yang pertama harus dilakukan dalam tahapan ini adalah membina hubungan saling percaya dengan klien. Hubungan saling percaya sangat penting untuk mengawali hubungan agar klien bersedia mengekspresikan segala masalah yang dihadapi dan mau bekerja sama untuk mengatasi masalah tersebut sepanjang berhubungan dengan perawat. Setelah klien mempercayai perawat, tahapan selanjutnya adalah klien bersama perawat mendiskusikan apa yang menjadi latar belakang munculnya masalah pada klien, apa konflik yang terjadi, juga penderitaan yang klien hadapi. Tahapan orientasi diakhiri dengan kesepakatan antara perawat dan klien untuk menentukan tujuan yang hendak dicapai dalam hubungan perawat-klien dan bagaimana kegiatan yang akan dilaksanakan untuk mencapai tujuan tersebut.

Perawat melakukan intervensi keperawatan setelah klien mempercayai perawat sebagai terapis. Ini dilakukan di fase kerja, di mana klien melakukan eksplorasi diri. Klien mengungkapkan apa yang dialaminya. Untuk itu perawat tidak hanya memperhatikan konteks cerita klien akan tetapi harus memperhatikan juga bagaimana perasaan klien saat menceritakan masalahnya. Dalam fase ini klien dibantu untuk dapat mengembangkan pemahaman tentang siapa dirinya, apa yang terjadi dengan dirinya, serta didorong untuk berani mengambil risiko berubah perilaku dari perilaku maladaptive menjadi perilaku adaptif. Setelah klien dan perawat menyepakati bahwa masalah yang mengawali terjalinnya hubungan terapeutik telah mereda dan lebih terkendali maka perawat dapat melakukan terminasi dengan klien. Pertimbangan lain untuk melakukan terminasi adalah apabila klien telah merasa lebih baik, terjadi peningkatan fungsi diri, social dan pekerjaan, serta yang lebih penting adalah tujuan terapi telah tercapai.

1. Konseling

Beberapa kegiatan yang termasuk dalam terapi individual antara lain:

a. Memberikan bimbingan Sosial kepada orang yang menderita penyakit parah, dan stress.
b. Membantu para pegawai yang menghadapi pemutusan hubungan kerja (PHK) dalam memperoleh pelatihan dan pekerjaan baru.
c. Memberikan bimbingan sosial kepada pasangan muda yang baru menikah atau pelatihan perenting skills kepada pasangan yang baru memiliki anak.

2. Proses Konseling

a. Konseling berdasarkan perspektif pekerja sosial dengan membangun relasi, menggali masalah secara mendalam dan menggali solusi alternatif.
b. Konseling berdasarkan perspektif klien dengan:
    a) Kesadaran Masalah (problem Awareness)
    b) Relasi dengan konselor (Relationship to Counselor)
    c) Motivasi (Motivation)
    d) Konseptualisasi Masalah (Conceptualizing the Problem)
    e) Penggalian Stretegi-strategi Pemecahan Masalah (Exploring Resolution Strategies)
    f) Pemilihan Strategi (Selection of Strategy)
    g) Implementasi Strategi (Implementation of the Strategy)
    h) Evaluasi (Evaluation)

3. Modalisasi Terapi Individual

Hubungan terstruktur yang dijalin antara perawat – klien untuk mengubah klien untuk mengembangkan pendekatan unik penyelesaian konflik, meredakan penderitaan emosional, mengembangkan cara yang cocok untuk memenuhi kebutuhan. Melalui 3 fase yang overlap (oerientasi, kerja dan terminasi) pelaksanaan terapi individu. Mengajari pasien untuk tetap menerima keadaan yang mungkin dalam kategori ujian

4. Tujuan Terapi Individual

a) Agar klien mampu menyelesaikan konflik yang dialaminya.
b) Klien juga diharapkan mampu meredakan penderitaan (distress) emosional, serta mengembangkan cara yang sesuai dalam memenuhi kebutuhan dasarnya.
c) Diharapkan klien mengalami perubahan tingkah laku yang positif (normal)

5. Terapi Individual pada Autisme

Tidak seperti gangguan perkembangan lainnya, tidak banyak petunjuk treatment yang telah dipublikasikan apalagi prosedur yang standar dalam menangani autisme. Bagaimanapun

juga para ahli sependapat bahwa terapi harus dimulai sejak awal dan harus diarahkan pada hambatan maupun keterlambatan yang secara umum dimiliki oleh setiap anak autis, misalnya; komunikasi dan persoalan-persolan perilaku. Treatment yang komprehensif umumnya meliputi; Terapi Wicara (Speech Therapy), Okupasi Terapi (Occupational Therapy) dan Applied Behavior Analisis (ABA) untuk mengubah serta memodifikasi perilaku.

Berikut ini adalah suatu uraian sederhana dari berbagai literatur yang ada dan ringkasan penjelasan yang tidak menyeluruh dari beberapa treatment yang diakui saat ini. Menjadi keharusan bagi orang tua untuk mencari tahu dan mengenali treatment yang dipilihnya langsung kepada orang-orang yang profesional dibidangnya. Sebagian dari teknik ini adalah program menyeluruh, sedang yang lain dirancang menuju target tertentu yang menjadi hambatan atau kesulitan para penyandangnya.

a. Educational Treatment, meliputi tetapi tidak terbatas pada: Applied Behavior Analysis (ABA) yang prinsip-prinsipnya digunakan dalam penelitian Lovaas sehingga sering disamakan dengan Discrete Trial Training atau Intervensi Perilaku Intensif.
b. Pendekatan developmental yang dikaitkan dengan pendidikan yang dikenal sebagai Floortime.
c. TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication – Handicapped Children).
d. Biological Treatment, meliputi tetapi tidak terbatas pada: diet, pemberian vitamin dan pemberian obat-obatan untuk mengurangi perilaku-perilaku tertentu (agresivitas, hiperaktif, melukai diri sendiri, dsb.).
e. Speech – Language Therapy (Terapi Wicara), meliputi tetapi tidak terbatas pada usaha penanganan gangguan asosiasi dan gangguan proses auditory/pendengaran.
f. Komunikasi, peningkatan kemampuan komunikasi, seperti PECS (Picture Exchange Communication System), bahasa isyarat, strategi visual menggunakan gambar dalam berkomunikasi dan pendukung-pendukung komunikasi lainnya.
g. Pelayanan Autisme Intensif, meliputi kerja team dari berbagai disiplin ilmu yang memberikan intervensi baik di rumah, sekolah maupun lngkungan sosial lainnya.
h. Terapi yang bersifat Sensoris, meliputi tetapi tidak terbatas pada Occupational Therapy (OT), Sensory Integration Therapy (SI) dan Auditory Integration Training (AIT).

Dengan adanya berbagai jenis terapi yang dapat dipilih oleh orang tua, maka sangat penting bagi mereka untuk memilih salah satu jenis terapi yang dapat meningkatkan fungsionalitas anak dan mengurangi gangguan serta hambatan autisme. Sangat disayangkan masih minim data ilmiah yang mampu mendukung berbagai jenis terapi yang dapat dipilih orang tua di Indonesia saat ini. Fakta menyebutkan bahwa sangat sulit membuat suatu penelitian mengenai autisme. Sangat banyak variabel-variabel yang dimiliki anak, dari tingkat keparahan gangguannya hingga lingkungan sekitarnya dan belum lagi etika yang ada didalamnya untuk membuat suatu penelitian itu sungguh-sungguh terkontrol. Sangat tidak mungkin mengkontrol semua variabel yang ada sehingga data yang dihasilkan dari penelitian-penelitian sebelumnya mungkin secara statistik tidak akurat.

Tidak ada satupun jenis terapi yang berhasil bagi semua anak. Terapi harus disesuaikan dengan kebutuhan anak, berdasarkan pada potensinya, kekurangannya dan tentu saja sesuai dengan minat anak sendiri. Terapi harus dilakukan secara multidisiplin ilmu, misalnya menggunakan; okupasi terapi, terapi wicara dan terapi perilaku sebagai basisnya. Tenaga ahli yang menangani anak harus mampu mengarahkan pilihan-pilihan anda terhadap berbagai jenis terapi yang ada saat ini. Tidak ada jaminan apakah terapi yang dipilih oleh orang tua maupun keluarga sungguh-sungguh akan berjalan efektif. Namun demikian, tentukan salah satu jenis terapi dan laksanakan secara konsisten, bila tidak terlihat perubahan atau kemajuan yang nyata selama 3 bulan dapat melakukan perubahan terapi. Bimbingan dan arahan yang diberikan harus dilaksanakan oleh orang tua secara konsisten. Bila terlihat kemajuan yang signifikan selama 3 bulan maka bentuk intervensi lainnya dapat ditambahkan. Tetap bersikap obyektif dan tanyakan kepada para ahli bila terjadi perubahan-perubahan perilaku lainnya.

D. Terapi Keluarga

1. Pengertian

Terapi keluarga adalah menghadirkan anggota keluarga lain dalam proses konseling, dengan keyakinan bahwa klien yang sedang dikonseling mempengaruhi dan dipengaruhi oleh anggota keluarga lain. Jadi dalam terapi keluarga, yang hadir tidak hanya individu yang dianggap bermasalah, tetapi juga anggota keluarga yang lain (yang mungkin menganggap dirinya tidak punya masalah).

2. Tujuan Terapi Keluarga

a. Menurunkan konflik kecemasan keluarga
b. Meningkatkan kesadaran keluarga terhadap kebutuhan masing-masing anggota keluarga.
c. Meningkatkan kemampuan penanganan terhadap krisis
d. Mengembangkan hubungan peran yang sesuai
e. Membantu keluarga menghadapi tekanan dari dalam maupun dari luar anggota keluarga
f. Meningkatkan kesehatan jiwa keluarga sesuai dengan tingkat perkembangan keluarga

3. Manfaat Terapi Keluarga

Bagi Klien:

1. Mempercepat proses penyembuhan.
2. Memperbaiki hubungan interpersonal.
3. Menurunkan angka kekambuhan.

Bagi Keluarga:

1. Memperbaiki fungsi & struktur keluarga.

2. Keluarga mampu meningkatkan pengertian terhadap klien sehingga lebih dapat menerima, toleran & menghargai klien sebagai manusia.
3. Keluarga dapat meningkatkan kemampuan dalam membantu klien dalam proses rehabilitasi.

4. Indikasi Terapi Keluarga

1. Konflik perkawinan, sibling konflik, konflik beberapa generasi
2. Konflik orang tua & anak
3. Proses transisi dlm keluarga; pasangan baru menikah, kelahiran anak pertama, anak mulai remaja
4. Terapi individu yg perlu melibatkan anggota keluarga lain
5. Tidak ada kemajuan terapi individu.

5. Model Terapi Keluarga

a) Model Struktural (Minuchin)

Model ini dikembangkan oleh Minuchin, konsepnya keluarga adalah suatu sistem sosiokultural terbuka sebagai sarana dalam memenuhi kebutuhan adaptasi. Fungsi keluarga berkurang apabila kebutuhan individu dan anggota lainnya dijumpai maladaptive dan tidak bisa saling menyesuaikan. Fokus terapinya adalah perubahan adaptasi dari maladaptif menjadi adaptif untuk memudahkan perkembangan keluarga. Usaha terapi meliputi hubungan keluarga, evaluasi struktur dasar keluarga, kemampuan dan upaya seluruh anggota keluarga untuk saling menerima perbedaan dan saling memahami karakter.

b) Model Terapi Bowenian

Bowenian mempunyai pandangan bahwa keluarga adalah suatu sistem yang terdiri dari berbagai subsistem, seperti pernikahan, orang tua-anak & saudara kandung (sibling) dimana setiap subsistem tersebut dibagi kedalam subsistem individu dan jika terjadi gangguan pada salah satu subsistemnya maka akan menyebabkan perubahan pada bagian lainnya bahkan bisa sampai ke suprasistem keluarga tersebut yaitu masyarakat. Bowen sendiri mempunyai 8 konsep dasar dalam pelaksanaan terapinya:

1. Pemisahan Diri (Differentiation Of Self)

   Pemisahan diri adalah kemampuan seseorang untuk memisahkan diri sebagai bagian yang terpisah secara realistis dari ketergantungan pada individu lain dalam keluarga, tetapi dengan catatan dapat mempertahankan pemikiran dengan tenang dan jernih dalam menghadapi konflik, kritik, serta menolak pemikiran yang tidak jelas serta emosional.

   Keluarga yang sehat akan mendorong proses pemisahan diri dari kekuatan ego keluarga yang telah banyak diterima pada anggota keluarga yang berusia 2 sampai 5 tahun serta diulang pada usia antara 13 dan 15 tahun. *Stuck-togetherness*

(kebersamaan yang melekat/menancap) menggambarkan keluarga dengan kekuatan ego yang melekat kuat sehingga tidak ada anggota yang mempunyai perasaan utuh tentang dirinya secara mandiri

2. Triangles (Segitiga)
   Konsep hubungan segitiga merujuk kepada konfigurasi emosional dari 3 orang anggota keluarga yang menghambat dasar pembentukan sistem keluarga. Triangles adalah penghalang dasar pembentukkan sistem emosional. Jika ketegangan emosi pada sistem 2 orang melampaui batas, segitiga tersebut adalah orang ketiga, yang membiarkan perpindahan ketegangan ke orang ketiga tersebut.

   Suatu sistem emosional yang disusun secara seri pada hubungan segitiga akan bertaut satu sama lain. Hubungan segitiga merupakan hubungan disfungsional yang dipilih oleh keluarga untuk menurunkan kecemasan melalui pengalihan isu yang berkembang daripada menyelesaikan konflik/ketegangan. Triangulasi ini dapat terus berlangsung untuk jangka waktu yang tak terbatas dengan melibatkan orang di luar keluarga termasuk terapis keluarga yang dianggap sebagai bagian dari keluarga besar
3. Proses Emosional Sistem Keluarga Inti
   Menggambarkan pola fungsi emosional dalam satu generasi. Umumnya hubungan terbuka terjadi selama masa pacaran, kebanyakan individu memilih pasangan dengan tingkat perbedaan yang sama. Jika tingkat perbedaan yang muncul rendah pada masa penjajakan dalam hal ini adalah masa pacaran maka kemungkinan besar akan muncul masalah di masa mendatang.
4. Proses Proyeksi Keluarga
   Pasangan yang tidak mampu terikat dengan komitmen yang kuat sebagai orang tua maka akan menciptakan kecemasan kepada anak-anaknya. Peristiwa tsb dimanifestasikan sebagai hubungan segitiga ayah-ibu-anak. Segitiga ini ini umumnya berada pada berbagai tingkatan intensitas yang beragam pada hubungan antara orang tua dengan anak. Anak biasanya menjadi target sasaran yang dipilih dengan berbagai alasan:

   Anak akan mengingatkan pada salah satu figur orang tua terhadap isu pengalaman masa kanak-kanak yang tidak terselesaikan. Anak ditentukan oleh jenis kelamin atau posisi penting dalam keluarga. Anak yang lahir cacat. Orang tua yang memiliki pandangan negatif saat kehamilan Perilaku menjadikan anak sebagai sasaran tersebut disebut "pengkambinghitaman" (scapegoating) dan hal tersebut sangat membahayakan stabilitas emosional serta kemampuan anak.
5. Emotional Cutoff (Pemutusan Secara Emosional)
   Persepsi anak untuk memisahkan diri secara emosional. Setiap anak dalam keluarga mempunyai derajat keterikatan secara emosi yang kuat dan abadi dengan orang tuanya. Dalam pemutusan emosional biasanya pemutusan mudah dilakukan jika antara anak dengan orang tua tinggal dalam tempat yang jaraknya berdekatan

sementara dengan anak yang tinggalnya berjauhan pemutusan emosional ini menjadi sangat sulit untuk dilakukan. Pemutusan hubungan secara emosional merupakan disfungsional yang terjadi diantara keluarga asli akibat keterikatan yang terjadi dengan pembentukkan keluarga baru. Memelihara hubungan secara emosional dengan keluarga asal dapat mempertahankan hubungan yang sehat dalam keluarga walaupun adanya perbedaan.

6. Proses Transmisi Multigenerasional
   Suatu cara pola interaksional yang ditransfer dari satu generasi ke generasi lain. Merupakan bagian yang berkelanjutan dari suatu proses yg natural/alami dari seluruh generasi. Sikap, nilai, kepercayaan (beliefs), perilaku dan pola interaksi didapatkan dari orang tua kepada anak melalui seluruh kehidupan. Penting untuk dikaji pada keluarga, terutama perilaku keluarga dalam suatu generasi yang turun menurun (multiple).
7. Sibling Position
   Satu kedudukan yang dipegang oleh keluarga akan mempengaruhi perkembangan keluarga yang dapat diprediksi dari karakteristik profil. Anak ke berapa serta kepribadian anggota keluarga tsb akan menentukan posisi seseorang dalam keluarga. Bowen menggunakan teknik ini untuk membantu menggambarkan tingkat perbedaan kedudukan diantara keluarga serta kemungkinan terjadinya proses proyeksi keluarga secara langsung.
8. Societal regression
   Teori Bowen meluaskan pandangannya terhadap masyarakat (society) sebagai sistem sosial seperti layaknya keluarga. Konsep societal regression membandingkan antara respon masyarakat dengan respon individu dan keluarga terhadap Tekanan akibat krisis emosional, tekanan yang menimbulkan ketidaknyamanan & kecemasan, penyebab penyelesaian yang tergesa-gesa, bertambahnya masalah, serta siklus yang sama yg berulang secara terus menerus.

Tujuan terapi Bowenian Model adalah menurunkan kecemasan & memperbaiki gejala-gejala yang timbul dan meningkatkan setiap partisipasi partisipan disesuaikan dengan tingkat pemisahan dirinya dalam rangka meningkatkan adaptasi keluarga sebagai system.

c) Model Strategis
   Terapis yang mengembangkannya adalah Jay Harley. Konsep dasar terapi ini adalah semua tingkah laku dan komunikasi yang dilakukan keluarga. Strategi terapi meliputi:
   a. Reframing: masalah yang di terapi pada keluarga adalah masalah yang ditegaskan kembali oleh terapis atau siapapun yang melakukan terapi.
   b. Pengandalian perubahan: dalam terapi, terapis hanya mengarahkan apa yang perlu dilakukan keluarga untuk menyelesaikan masalahnya dan untuk pelaksanaan penyelesaian masalah semuanya dilakukan oleh keluarga.

c. Paradok: terapis mengarahkan untuk perubahan peran pada anggota keluarga yang menjadi penyebab masalah dalam keluarga dimana yang sudah menjadi kebiasaan dibalik 180º sehingga di sini keluarga akan belajar untuk mempelajari dan mendengarkan apa yang menjadi keinginan keluarga.

d) Model Terapi Transformational

Model ini dikembangkan oleh Virginia Satir, seorang terapis dari Amerika Serikat. Konsep dasar dalam terapinya adalah dinamika hubungan antara manusia dalam satu sistem keluarga, yang akan berpengaruh kepada hubungan seseorang dengan sistem diluar keluarganya sehingga supaya tidak terjadi masalah maka diupayakan untuk terjadinya transformasi dalam hidup seseorang. Perubahan yang dimaksud semata-mata bukan untuk kepentingan perubahan saja tetapi juga mengupayakan bagaimana seseorang dapat memberdayakan kemampuan serta kekuatannya untuk menyelesaikan masalahnya, karena masalah yang ditimbul pada setiap individu semuanya bisa diselesaiakan tergantung dari upaya seseorang tersebut untuk memberdayakan kekuatannya untuk mengatasi masalahnya. Dalam model ini jika terdapat anggota keluarga yang dianggap bermasalah maka terapisnya akan mengkondisikan keluarga tersebut untuk menciptakan lingkungan yang mendukung seseorang yang bermasalah tersebut untuk memberdayakan kekuatannya untuk menyelesaikan masalahnya. Sementara itu, untuk individu yang bermasalah akan dilakukan proses transformasi perasaan, persepsi, pengharapan, dan tingkah lakunya terhadap masalah yang dihadapinya. salah satu bentuk terapinya adalah terapi musik yang dilakukan bersama-sama dengan seluruh anggota keluarga meskipun yang bermasalah hanya satu individu atau beberapa individu saja.

6. Teknik dalam Terapi Keluarga

1. Sculpting

   Yang dilakukan melalui teknik ini adalah, memberi kesempatan pada anggota keluarga lain untuk mengekspresikan perasaannya melalui apa yang dilakukannya (seperti pematung). Terapis melakukan hal ini dengan menyusun anggota keluarga menjadi apa yang disebut 'gambaran hubungan keluarga'
2. Bermain Peran

   Satu persyaratan untuk teknik ini adalah pemeran harus mencoba untuk berakting dan merasakan seperti orang yang diperankannya.
3. Menanggani saat diam secara efektif.

   Pada teknik ini terapis hanya duduk, menanti tanda-tanda yang ditunjukkan keluarga dan diam saja. Dengan hanya duduk diam bersama anggota keluarga, mungkin dapat membantu mengembangkan rasa percaya terhadap terapis.

4. Konfrontasi
   Konfrontasi merupakan teknik yang melibatkan keterus terangan. Terapis menggunakan teknik ini jika dirasakan ataupun diamati bahwa situasi pembicaraan atau perilaku dirinya dan para anggota keluarga dapat menghalangi proses terapi.
5. Mendengarkan
   Mendengarkan merupakan teknik yang paling dasar dan penting karena membantu terapis untuk menempatkan dirinya dalam lingkungan emosi keluarga.
6. Membuat Ikhtisar
   Terapis menghubungkan hal-hal yang tadinya terpisah kemudian menyusunnya kembali serta mencoba menangkap makna – makna yang penting.
7. Teknik Klarifikasi dan Refleksi
   Klarifikasi berurusan dengan aspek-aspek kesadaran, mental, intelektual dari yang diungkapkan oleh individu

7. Peran Perawat dalam Terapi Keluarga

Untuk peran perawat sendiri dalam terapi keluarga adalah melakukan asuhan keperawatan yang relevan dimana untuk perawat yang tidak memiliki sertifikasi dalam melaksanakan terapi adalah memberikan psiko edukasi pada keluarga sedangkan bagi yang memiliki sertifikasi adalah memberikan terapi sesuai dengan kondisi pasien. Sementara itu, menurut Newman intervensi yang dilakuakn perawat mencakup intervensi primer dan tersier yaitu:

a. Mendidik kembali dan mengorientasikan kembali seluruh anggota keluarga.
b. Memberikan dukungan kepada klien serta sistem yang mendukung klien untuk mencapai tujuan dan usaha untuk berubah
c. Mengkoordinasi dan mengintegrasikan sumber pelayanan kesehatan
d. Memberi penyuluhan, perawatan di rumah, psiko edukasi.

Tak kalah penting adalah jika kita bukan perawat bersertifikasi kita bisa melakukan hal paling mendasar untuk menentukan apakah seseorang tersebut memnag membutuhkan terapi keluarga atau tidak yaitu dengan pengkajian indikasi dilakukan terapi keluarga pada klien tersebut yaitu Segan terhadap psikoterapi individu karena takut, tidak percaya pada terapi, menetang keras terapi, melawan figure orang tua. Tidak\kurang berpengalaman dengan saudara-saudaranya, mempunyai pertentangan dengan anggota keluarga lain, tidak\ sukar menyesuaikan diri dalam keluarga. Ada salah satu anggota keluarga yang mempunyai intelegensi rendah atau komunikasi keluarga yang terhambat.

Selain Peran perawat yang perlu diperhatikan juga adalah bagaimana perawat membantu serta mendorong keluarga untuk terlibat dalam mencegah klien kambuh. Alasan keluarga dilibatkan dalam mencegah kekambuhan pada klien adalah keluarga merupakan tempat

individu pertama memulai hubungan interpersonal dengan lingkungan. Keluarga merupakan suatu sistem yang utuh dan tidak terpisahkan sehingga jika ada satu yang terganggu yang lain ikut terganggu. Keluarga merupakan salah satu penyebab klien gangguan jiwa menjadi kambuh lagi sehingga diharapkan jika keluarga ikut berperan dalam mencegah klien kambuh setidaknya membantu klien untuk dapat mempertahankan derajat kesehatan mentalnya karena keluarga secara emosional tidak dapat dipisahkan dengan mudah.

8. Peran Keluarga

Peran keluarga klien dalam proses terapi keluarga antara lain membuat suatu keadaan dimana anggota keluarga dapat melihat bahaya terhadap diri klien dan aktivitasnya. Tidak merasa takut dan mampu bersikap terbuka. Membantu anggota bagaimana memandang orang lain. Tempat bertanya serta pemberi informasi yang mudah dipahami klien. Membangun self esteem. Menurunkan ancaman dengan latar belakang aturan untuk interaksi. Menurunkan ancaman dengan struktur pembahasan yang sistematis. Pendidikan ulang anggota untuk bertanggung jawab.

9. Proses Terapi Keluarga

Proses terapi keluarga meliputi tiga tahapan yaitu:

a. Fase Wawancara
   Kesempatan awal ini dapat digunakan sebagai pengumpulan informasi dari tangan pertama tentang gaya dan cara keluarga tersebut menghadapi stres di dalam situasi wawancara, yang nantinya terbukti akan sangat berguna. Macam-macam isi wawancara atau teknik wawancara yang dilakukan para terapis, tetapi pada intinya mereka biasa memulai dengan sebuah wawancara dengan tekniknya masing-masing. Pada wawancara awal umumnya dibahas tentang: mengapa keluarga membutuhkan terapis, menyatukan keluarga baik secara perorangan ataupun sebagai kelompok, memperkirakan permasalahan secara akurat, membuat rencana terapi, mendapat persetujuan dari keluarga untuk menjalani terapi dan meyakinkan pentingnya seluruh anggota keluarga untuk hadir pada sesi berikutnya.
b. Fase Kerja/Pertengahan
   Keluarga dengan dibantu oleh perawat sebagai terapis berusaha mengubah pola interaksi di antara anggota keluarga, meningkatkan kompetensi masing-masing individual anggota keluarga, eksplorasi batasan-batasan dalam keluarga, peraturan-peraturan yang selama ini ada.

   Tahap pertengahan dari terapi keluarga merupakan inti dari proses terapi. Pada tahap pertengahan ini terapis bertugas untuk membuat keluarga tersebut mendefinisikan kembali masalah atau gejala yang timbul dari pasien dan perlu ditinjau dalam konteks keluarga. Hasil keseluruhan dari dari tahap pertengahan terapi keluarga ini adalah

sebuah keluarga yang memiliki kesiapan secara lebih baik untuk menerima perubahan dan lebih berkeinginan bekerja untuk hasil positif.

c. Fase Terminasi

Di mana keluarga akan melihat lagi proses yang selama ini dijalani untuk mencapai tujuan terapi, dan cara-cara mengatasi isu yang timbul. Keluarga juga diharapkan dapat mempertahankan perawatan yang berkesinambungan. Kebanyakan terapis sependapat bahwa proses pengakhiran pada terapi keluarga lebih mudah daripada terapi individual. Siap atau belumnya keluarga yang sedang diterapi, menyimpulkan bahwa terapi yang sedang diikuti biasa dapat dilakukan oleh terapis. Sesi terapi dapat dihentikan apabila keluarga tersebut dapat menyelesaikan konflik keluarganya sendiri, Keluhan dan gejala yang dulu tampak biasanya hilang, keluarga tersebut menyatukan diri dalam kegiatan – kegiatan yang lebih bermanfaat, mereka telah mengembangkan cara – cara penyelesaian masalah dengan kemampuannya sendiri.

E. Terapi Kognitif

1. Pengertian

Terapi kognitif menjelaskan bahwa bukan suatu peristiwa yang menyebabkan kecemasan dan tanggapan maladaptif melainkan harapan masyarakat, penilaian, dan interpretasi dari setiap peristiwa ini. Sugesti bahwa perilaku maladaptif dapat diubah oleh berhubungan langsung dengan pikiran dan keyakinan orang (Stuart, 2009).

Secara khusus, terapis kognitif percaya bahwa respon maladaptif muncul dari distorsi kognitif. Distorsi kognitif merupakan kesalahan logika, kesalahan dalam penalaran, atau pandangan individual dunia yang tidak mencerminkan realitas. distorsi dapat berupa positif atau negatif. Misalnya, seseorang yang secara konsisten dapat melihat kehidupan dengan cara yang realistis positif dan dengan demikian mengambil peluang berbahaya, seperti menyangkal masalah kesehatan dan mengaku sebagai "terlalu muda dan sehat untuk serangan jantung". distorsi kognitif mungkin juga negatif, seperti yang diungkapkan oleh orang yang menafsirkan semua situasi kehidupan disayangkan sebagai bukti kurang lengkap diri. Distorsi kognitif umum tercantum dalam tabel di bawah ini (Stuart, 2009).

Kognitif adalah kemampuan berpikir dan memberikan rasional , termasuk proses mengingat, menilai, persepsi, dan memperhatikan. Kognitif juga bisa diartikan sebagai kepercayaan seseorang tentang sesuatu yang didapatkan dari proses berpikir tentang seseorang atau sesuatu. Kognitif terdiri dari tahapan pengetahuan/ingatan, pemahaman, penerapan, analisis, sintetis dan penilaian. **Terapi Kognitif** merupakan salah satu bentuk konseling yang bertujuan membantu klien agar dapat menjadi lebih sehat, memperoleh pengalaman yang memuaskan, dan dapat memenuhi gaya hidup tertentu, dengan cara memodifikasi**pola pikir** dan **perilaku tertentu.**

Terapi kognitif adalah terapi terstruktur jangka pendek yang menggunakan kerja sama aktif antara pasien dan ahli terapi untuk mencapai tujuan terapetik. Terapi ini berorientasi terhadap rnasalah sekarang dan pemecahannya dimana focus terhadap pemahaman keyakinan yang menyimpang dan menggunakan teknik untuk mengubah pemikiran maladaptif.

Terapi kognitif akan lebih bermanfaat jika digabung dengan pendekatan perilaku. Kemudian terapi ini disatukan dan dikenal dengan terapi perilaku kognitif (*cognitive behavior therapy*).Terapi ini memperlakukan individu sebagai agen yang berfikir aktif dan berinteraksi dengan dunianya. Individu membentuk sudut pandang atau keyakinan serta memiliki efek atau perasaan mengenai apa yang dianggap benar bagi diri sendiri, lingkungan, dan mengenai pikiran atau perasaannya pada interaksi yang luas dengan perilaku atau tindakan dalam rangkaian interaksi. Setiap interaksi mempengaruhi interaksi lain.

Berdasarkan kognisi dan pengalaman masa lalu, individu membentuk pandangan atau skema kognitif yaitu cara berfikir atau perspektif kebiasaan mengenai diri sendiri, dunia dan masa depan (Seligman, 1975). Misalnya, individu mengembangkan pandangan pesimistis mengenai cara mengontrol takdirnya sendiri atau merasa takdirnya mampu dikontrol oleh orang lain dan tidak mampu mengontrolnya sendiri. Dalam situasi tersebut, individu mengembangkan pandangan negetif serta merasa tidak berharga (disebut pikiran otomatis negatif) yng dapat menimbulkan stres, emosi, kecemasan, dan depresi. Individu cenderung mengolah keyakinan yang tidak masuk akal tentang kemempuan dan hubungannya dengan orang lain. Hasil dari persepsi dan distorsi yang salah ini ditandai oeh harapan yang tidak realistis terhadap diri dan orang lain, metode kopig yang tidak efektif, dan pandangan tentang diri sendiri sebagai orang yang tidak mampu.

Secara khusus, terapis kognitif percaya bahwa respon maladaptif muncul dari distorsi kognitif.Distorsi kognitif merupakan kesalahan logika, kesalahan dalam penalaran, atau pandangan individual dunia yang tidak mencerminkan realitas. distorsi dapat berupa positif atau negatif. Misalnya, seseorang yang secara konsisten dapat melihat kehidupan dengan cara yang realistis positif dan dengan demikian mengambil peluang berbahaya, seperti menyangkal masalah kesehatan dan mengaku sebagai "terlalu muda dan sehat untuk serangan jantung". distorsi kognitif mungkin juga negatif, seperti yang diungkapkan oleh orang yang menafsirkan semua situasi kehidupan disayangkan sebagai bukti kurang lengkap diri. Distorsi kognitif umum tercantum dalam tabel di bawah ini (Stuart, 2009)

Terapi kognitif merupakan terapi jangka pendek terstruktur berorientasi terhadap masalah saat ini dan bersifat individu.Terapi kognitif adalah terapi yang mempergunakan pendekatan terstruktur, aktif, direktif dan berjangkan waktu singkat, untuk menghadapi berbagai hambatan dalam kepribadian, misalnya ansietas atau depresi (Singgih, 2007).

1. Tujuan Terapi Kognitif

Tujuan terapi kognitif adalah:

1. Membantu klien dalam mengidentifikasi, menganalisis, dan menentang keakuratan kognisi negative klien. Selain itu, juga untuk memperkuat persepsi yang lebih akurat dan

mendorong perilaku yang dirancang untuk mengatasi gejala depresi. Dalam beberapa penelitian, terapi ini sama efektifnya dengan terapi depresan.

2. Menjadikan atau melibatkan klien subjek terhadap uji realitas.
3. Memodifikasi proses pemikiran yang salah dengan membantu klien mengubah cara berpikir atau mengembangkan pola piker yang rasional.
4. Membentuk kembali pikiran individu dengan menyangkal asumsi yang maladaptive, pikiran yang mengannggu secara otomatis, serta proses pikir tidak logis yang dibesar-besarkan. Berfokus pada pikiran individu yang menentukan sifat fungsionalnya.
5. Menghilangkan sindrom depresi dan mencegah kekambuhan. Tanda dan gejala depresi dihilangkan melalui usaha yang sistematis yaitu mengubah cara berpikir maladaptive dan otomatis. Dasar pendekatannya adalah suatu asumsi bahwa kepercayaan-kepercayaan yang mengalami distorsi tentang diri sendiri, dunia, dan masa depan yang dapat menyebabkan depresi. Klien menyadari kesalahan cara berpikirnya. Kemudian klien harus belajar cara merespon kesalahan tersebut dengan cara yang lebih adaptif. Dengan perspektif kognitif, klien dilatih untuk mengenal dan menghilangkan pikiran-pikiran dan harapan-harapan negative. Cara lain adalah dengan membantun klien mengidentifikasi kondisi negative, mencari alternative, membuat skema yang sudah ada menjadi lebih fleksibel, dan mencari kognisi perilaku baru yang lebih adaptif.
6. Membantu menargetkan proses berpikir serta perilaku yang menyebabkan dan mempertahankan panik atau kecemasan. Dilakukan dengan cara penyuluhan klien, restrukrisasi jognitif, pernapasan rileksasi terkendali, umpan balik biologis, mempertanyakan bukti, memeriksa alternative, dan *reframing*.
7. Menempatkan individu pada situasi yang biasanya memicu perilaku gangguan obsesif kompulsif dan selanjutnya mencegah responsnya. Misalnya dengan cara pelimpahan atau pencegahan respons, mengidentifikasi, dan merestrukturisasi distorsi kognitif melalui psikoedukasi.
8. Membantu individu mempelajari respons rileksasi, membentuk hirarki situasi fobia, dan kemudian secara bertahap dihadapkan pada situasinya sambil tetap mempertahankan respons rileksasi misalnya dengan cara desensitisasi sistematis. Restrukturisasi kognitif bertujuan untuk mengubah persepsi klien terhadap situasi yang ditakutinya.
9. Membantu individu memandang dirinya sebagai orang yang berhasil bertahan hidup dan bukan sebagai korban, misalnya dengan cara restrukturisasi kognitif.
10. Membantu mengurangi gejala klien dengan restrukturisasi system keyakinan yang salah.
11. Membantu mengubah pemikiran individu dan menggunakan latihan praktik untuk meningkatkan aktivitas sosialnnya.
12. Membentuk kembali perilaku dengan mengubah pesan-pesan internal.

2. Indikasi Terapi Kognitif

Menurut Setyoadi, dkk (2011) terapi kognitif efektif untuk sejumlah kondisi psikiatri yang lazim, terutama:

1. Depresi (ringan sampai sedang).8
2. Gangguan panic dan gangguan cemas menyeluruh atau kecemasan.
3. Indiividu yang mengalami stress emosional.
4. Gangguan obsesif kompulsif (*obsesessive compulsive disorder*) yang sering terjadi pada orang dewasa dan memiliki respon terhadap terapi perilaku dan antidepresan – jarang terjadi pada awal masa anak-anak, meskipun kompulsi terisolasi sering terjadi.
5. Gangguan fobia (misalnya agoraphobia, fobia social, fobia spesifik).
6. Gangguan stress pascatrauma (*post traumatic stress disorder).*
7. Gangguan makan (anoreksia nervosa).
8. Gangguan mood.
9. Gangguan psikoseksual
10. Mengurangi kemungkinan kekambuhan berikutnya.

3. Teknik Terapi Kognitif

Menurut Yosep (2009) ada beberapa teknik kognitif terapi yang harus diketahui oleh perawat jiwa.Pengetahuan tentang teknik ini merupakan syarat agar peran perawat jiwa bisa berfungsi secar optimal. Dalam pelaksanaan teknik-teknik ini harus dipadukan dengan kemampuan lain seperti teknik komter, *milieu therapy* dan *counseling.* Beberapa teknik tersebut antara lain:

a) Teknik Restrukturisasi Kongnisi *(Restructuring Cognitive)*

Perawat berupaya untuk memfasilitasi klien dalam melakukan pengamatan terhadap pemikiran dan perasaan yang muncul. Teknik restrukturasasi dimulai dengan cara memperluas kesadaran diri dan mengamati perasaan dan pemikiran yang mungkin muncul. Biasanya dengan menggunakan pendekatan 5 kolom.Masing-masing kolom terdiri atas perasaan dan pikiran yang muncul saat menghadapi masalah terutama yang dianggap menimbulkan kecemasan saat ini. Perawat jiwa dapat memberikan blanko restructuring cognitive, untuk kemudian diisi oleh klien.Setelah mendapat penjelasan seperlunya, maka hasil analisa klien dan blanko yang sudah terisi dibahas secara bersama.

b) Teknik Penemuan Fakta-Fakta *(Questioning the evidence)*

Perawat jiwa mencoba memfasilitasi klien agar membiasakan menuangkan pikiran-pikiran abtraknya secara konkrit dalam bentuk tulisan untuk memudahkan menganalisanya.Tahap selanjutnya yang harus dilakukan perawat saat memfasilitasi kognitif terapi adalah mencari fakta untuk mendukung keyakinan dan kepercayaannya. Klien yang mengalami distorsi dalam pemikirannya seringkali memberikan bobot yang sama terhadap semua sumber data atau data-data yang tidak disadarinya, seringkali klien menganggap data-data itu mendukung pemikiran buruknya. Data bisa diperoleh dari staf, keluarga atau anggota lain dalam masyarakat sebagai support dalam lingkungan sosialnya. Lingkungan tersebut dapat memberikan masukan yang lebih realistik kepada

klien dibanding dengan pemikiran-pemikiran buruknya.Dalam hal ini penemuan fakta dapat berfungsi sebagai penyeimbang pendapat klien tentang pikiran buruknya. Berdasarkan data-data yang bisa dipercaya klien bisa mengambil kesimpulan yang tepat tentang perasaanya selama ini.

c) Teknik penemuan alternatif *(examing alternatives)*

Bayak klien melihat bahwa masalah terasa sangat berat karena tidak adanya *alternative* pemecahan lagi.Khususnya pada pasien depresi dan percobaan bunuh diri.Latihan menemukan dan mencari alternatif-alternatif pemecahan masalah klien bisa dilakukan antara klien dengan bantuan perawat.Klien dianjurkan untuk menuliskan masalahnya. Mengurutkan masalah-masalah paling ringan dulu.Kemudian mencari dan menemukan alternatifnya. Klien depresi atau klien klien gangguan jiwa lain menganggap masalahnya rumit karena akumulasi berbagai masalah seperti: listrik belum dibayar, suami selingkuh, anak sakit, genteng bocor dan lain-lain. Bila diurutkan dari yang paling ringan biasanya klien bisa menemukan alternatif – alternatif yang bisa dilakukan. Sebagai contoh *alternatif* listrik belum dibayar klien boleh memikirkan tentang: mungkin perlu surat keterangan tidak mampu, menerima pemutusan sementara, mengganti dengan alat penerangan lain, gabung dengan tetangga, bermusyawarah dengan keluarga yang lebih mampu dan sebagainya. Disini penting sekali bagi perawat jiwa untuk merangsang klien agar berani berfikir "lain dari yang biasany " atau berani "berpikir beda".

d) Dekatastropik *(decatastrophizing)*

Teknik dekatastropik dikenal juga dengan teknik bila dan apa. Hal ini meliputi upaya menolong klien untuk melakukan evaluasi terhadap situasi dimana klien mencoba memandang masalahnya secara berlebihan dari situasi alamiah untuk melatih beradaptasi dengan hal terburuk debngan apa-apa yang mungkin terjadi. Tujuannya adalah untuk menolong klien melihat konsekuensi dari kehidupan.Dimana tidak selamanya sesuatu itu terjadi atau tidak terjadi. Sebagai contoh klien yang tinggal dipantai harus berani berfikir: " apa yang akan saya lakukan bila tsunami tiba-tiba datang?; gempa tiba-tiba melanda?; suami tiba-tiba tenggelam?; dan sebagainya.

e) Reframing

Reframing adalah strategi dalam merubah persepsi klien terhadap situasi atau perilaku. Hal ini meliputi memfokuskan terhadap sesuatu atau aspek lain dari masalah atau mendukung klien untuk melihat masalahnya dari sudut pandang saja. Perawat jiwa penting untuk memperluas kesadaran tentang keuntungan-keuntungan dan kerugian-kerugian dari masalah.Hal ini dapat menolong klien melihat masalah secara seimbang dan melihat dalam prespektif yang baru.Dengan memahami aspek positif dan negatif dari masalah yang dihadapi klien dapat memperluas kesadaran dirinya. Strategi ini juga dapat memicu kesempatan pada klien untuk merubah dan menemukan makna baru, sebab begitu makna berubah maka akanberubah perilaku klien. Sebagai contoh, PHK dapat dipandang sebagai stressor tetapi setelah klien merubah makna PHK, ia dapat berfikir bahwa PHK merupakan kesempatan untuk belajar bisnis, menemukan

pengalaman baru, banyaknya waktu bersama keluarga, saatnya belajar *home industry* dan meraih peluang kerja yang lainnya.

f) Thought Stopping

Kesalahan berpikir sering kali menimbulkan dampak seperti bola salju bagi klien. Awalnya masalah tersebut kecil, tetapi lama kelamaan menjadi sulit dipecahkan. Teknik berhenti memikirkannya (thought stoping) sangat baik digunakan pada saat klien mulai memikirkan sesuatu sebagai masalah. Klien dapat menggambarkan bahwa masalahnya sudah selesai.Menghayalkan bahwa bel berhenti berbunyi.Menghayalkan sebuah bata di dinding yang digunakan untuk menghentikan berpikir *dysfunctional*.Untuk memulainya, klien diminta untuk menceritakan masalahnya dan mengatakan rangkuman masalahnya dalam khayalan. Perawat menyela khayalan klien dengan cara mengatakan keras-keras "berhenti". Setelah itu klien mencoba sendiri untuk melakukan sendiri tanpa selaan dari perawat.Selanjutnya klien mencoba menerapkannya dalam situasi keseharian.

g) Learning New Behavior With Modeling

Modeling adalah strategi untuk merubah perilaku baru dalam meningkatkan kemampuan dan mengurangi perilaku yang tidak dapat diterima.Sasaran perilakunya adalah memecahkan masalah-masalah yang disusun dalam beberapa urutan kesulitannya. Kemudian klien melakukan observasi pada seseorang yang berhasil memecahkan masalah yang serupa dengan klien dengan cara modifikasi dan mengontrol lingkungannya. Setelah itu klien meniru perilaku orang yang dijadikan model. Awalnya klien melakukan pemecahan secara bersama dengan fasilitator.Selanjutnya klien mencoba memecahkannya sendiri sesuai dengan pengalaman yang diperolehnya bersama fasilitator.Sebagai contoh pada klien yang memiliki stressor kesulitan ekonomi, klien bisa ikut magang dulu sambil belajar bisnis atau berdagang dengan orang lain, setelah mendapat pengalaman klien bisa melakukannya sendiri.

h) Membentuk Pola (shaping)

Membentuk pola perilaku baru oleh perilaku yang diberikan *reinforcement*. Misalnya anak yang bandel dan tidak akur bdengan orang lain berniat untuk damai dan hangat dengan orang lain, maka pada saat niatnya itu menjadi kenyataan, klien diberi pujian.

i) Token Economy

Token economy adalah bentuk *reinforcement* positif yang sering digunakan pada kelompok anak-anak atau klien yang mengalami masalah psikiatrik.Hal ini dilakukan secara konsisten pada saat klien mampu menghindari perilaku buruk atau melakukan hal yang baik.Misalnya setiap berhasil bangun pagi klien mendapat permen, setiap bangun kesiangan mendapat tanda silang atau gambar bunga berwarna hitam.Kegiatan berlangsung terus menerus sampai suatu saat jumlahnya diakumulasikan.

j) Role Play

Role play memungkinkan klien untuk belajar menganalisa perilaku salahnya melalui kegiatan sandiwara yang bisa dievaluasi oleh klien dengan memanfaatkan alur cerita dan perilaku orang lain. Klien dapat menilai dan belajar mengambil keputusan berdasarkan

konsekuensi-konsekuensi yang ada dalam cerita. Klien biasa melihat akibat-akibat yang akan terjadi melalui cerita yang disuguhkan. Misalnya klien melihat *role play* tentang seorang pasien yang tidak mau makan obat, tidak mau mandi dan sering merokok.

k) Social skill Training.

Teknik ini didasari oleh sebuah keyakinan bahwa keterampilan apapun diperoleh sebagai hasil belajar. Beberapa prinsip untuk memperoleh keterampilan baru bagi klien adalah Sebagai contoh bagi klien pemalas *(abulia*), dapat diajarkan keterampilan membersihkan lantai, perawat mendemonstrasikan cara membersihkan lantai yang baik, selanjutnya perawat mengupayakan agar klien mempraktikkan sendiri. Perawat melakukan feedback dengan cara menilai dan memperbaiki kegiatan yang masih belum selesai harapan.

l) *Anversion Theraphy*

Anversion theraphy bertujuan untuk menghentikan kebiasan-kebiasan buruk klien dengan cara mengaversikan kegiatan buruk tersebut dengan sesuatu yang tidak disukai. Misalnya kebiasaan menggigit penghapus saat *boring* dengan cara membayangkan bahwa penghapus itu dianggap sebagai cacing atau ulat yang menjijikan. Setiap klien kegemukan melakukan kebiasaan *ngemil* makanan, maka ia dianjurkan untuk membayangkan kotoran kambing yang dimakan terus.

m) Contingency Contracting

Contingency contracting berfokus pada perjanjian yang dibuat antara therapist dalam hal ini perawat jiwa dengan klien.Perjanjian dibuat dengan *punishment* dan *reward*. Konsekuensi yang berat telah disepakati antara klien dengan perawat terutama bila klien melanggar kebiasaan buruk yang sudah disepakati untuk ditinggalkan.

Menurut Setyoadi, dkk (2011) teknik yang digunakan dalam melakukan terapi kognitif adalah sebagai berikut:

1. Mendukung klien untuk mengidentifikasi kognisi atau area berpikir dan keyakinan yang menyebabkan khawatir.
2. Menggunakan teknik pertanyaan *Socratic* yaitu meminta klien untuk menggambarkan, menjelaskan dan menegaskan pikiran negative yang merendahkan dirinya sendiri. Dengan demikian, klien mulai melihat bahwa asumsi tersebut tidak logis dan tidak rasional.
3. Mengidentifikasi interpretasi yang lebih realities mengenai diri sendiri, nilai diri dan dunia. Dengan demikian, klien membentuk nilai dan keyakinan baru, dan distress enmosional menjadi hilang.

4. Langkah-Langkah Melakukan Terapi Kognitif

1. Fase awal (sesi 1-4)
   a. Membentuk hubungan terapeutik dengan klien.
   b. Mengajarkan klien tentang bentuk kognitif yang salah serta pengaruhnyan terhadap emosi dan fisik.

c. Menentukan tujuan terapi.
d. Mengajarkan klien untuk mengevaluasi pikiran-pikirn yang otomatis.

2. Fase pertegahan (sesi 5-12)
   a. Mengubah secara berangsur-angsur kepercayaan yang salah.
   b. Membantu klien mengenal akar kepercayaan diri. Klien diminta mempraktikan keterampilann berespons terhadap hal-hal yang menimbulkan depresi dan memodifikasinya.
3. Fase akhir (13-16)
   a. Menyiapkan klien untuk terminasi dan memprediksi situasi beresiko tinggi yang relevan untuk terjadinya kekambuhan.
   b. Mengonsolidasikan pembelajaran melalui tugas-tugas terapi sendiri.

F. Terapi Perilaku

1. Definisi Perilaku

Terapi perilaku (Behaviour therapy, behavior modification) adalah pendekatan untuk psikoterapi yang didasari oleh Teori Belajar (learning theory) yang bertujuan untuk menyembuhkan psikopatologi seperti depresi, gangguan kecemasan, fobia dengan memakai tehnik yang didesain menguatkan kembali perilaku yang diinginkan dan menghilangkan perilaku yang tidak diinginkan.Terapi Perilaku adalah penerapan aneka ragam teknik dan prosedur yang berakar pada berbagai teori tentang belajar dengan menyertakan penerapan sistematis prinsip-prinsip belajar pada perubahan tingkah laku ke arah cara-cara yang lebih adaptif.

Terapi perilaku secara formal didefinisikan sebagai penggunaan prinsip dan paradigma belajar yang ditetapkan secara eksperimental untuk mengatasi perilaku tidak adaptif . Perilaku adalah tanggapan atau reaksi individu terhadap rangsangan atau lingkungan. Skinner merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus/ rangsangan dari luar. Oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya organisme. Dan kemudian organisme tersebut merespon, maka teori Skinner ini disebut "S-O-R" atau stimulus-organisme-respon.

Perilaku adalah perkataan dan perbuatan individu. Jadi apa yang dikatakan dan dilakukanoleh seseorang merupakan karakteristik dari perilakunya. Perilaku mempunyai satu atau lebih dimensi yang dapat diukur, yaitu: frekuensi, durasi,dan intensitas. Perilaku dapat diobservasi, dijelaskan, dan direkam oleh orang lain atau orang yang terlibat dalam perilaku tersebut. Perilaku mempengaruhi lingkungan, lingkungan fisik atau sosial. Perilaku dipengaruhi oleh lingkungan (lawful). Perilaku bisa tampak atau tidak tampak. Perilaku yang tampak bisa diobservasi oleh oranglain, sedangkan perilaku yang tidak tampak merupakan kejadian atau hal pribadi yang hanya bisa dirasakan oleh individu itu sendiri atau individu lain yang terlibat dalam perilaku tersebut.

2. Proses Pembentukan Perilaku

Sebelum seseorang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru), didalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni:

a) Awareness (kesadaran), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui setimulus (objek) terlebih dahulu.
b) Interest (ketertarikan), yakni orang mulai tertarik kepada stimulus.
c) Evaluation (evaluasi), menimbang – nimbang baik dan tidaknya stimulus bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
d) Trial (mencoba), dimana orang telah mulai mencoba perilaku baru.
e) Adoption (menerima), dimana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini didasari oleh pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang positif maka perilaku tersebut akan menjadi kebiasaan atau bersifat langgeng (long lasting) (Notoatmodjo, 2003)

3. Tujuan, Indikasi dan Kontraindikasi Terapi Perilaku

a. Tujuan terapi perilaku
   1. Memodifikasi perilaku melalui penerapan teori pembelajaran dalam terapi.
   2. Meningkatkan aktivitas klien.
   3. Mengikutsertakan klien dalam tugas-tugas yang dapat meningkatkan perasaan yang menyenangkan.
b. Indikasi terapi perilaku
   1. Klien yang menarik diri dari sosial.
   2. Kien dengan anhedonia.
   3. Klien dengan gangguan penyalagunaan zat (alkohol,obat,rokok).
   4. Anak dengan gangguan autistik.
   5. Remaja dengan gangguan tingkah laku.
   6. Remaja dengan gangguan hiperaktifitas defisit perhatian (*attention deficit hyperactivity disorder*).
   7. Remaja dengan gangguan menentang (membangkang)
   8. Klien dewasa dengan gangguan kecemasan.
   9. Klien dewasa dengan gangguan depresi.
   10. Klien dewasa dengan gangguan skizofrenia
   11. Klien dewasa dengan gangguan fobia (terutama agorafobia atau takut diruangan terbuka) dan takut meninggalkan rumah sakit.
   12. Klien dengan gangguan obsesif kompulsif.
   13. Klien dengan gangguan parahlia.

14. Klien dewasa yang takut keruang oprasi
15. Klien dengan gangguan makan berlebihan.

c. Kontraindikasi terapi perilaku
   1. Klien dengan risiko tinggi mengalami serangan jantung.
   2. Anak yang dapat menginduksi serangan asma

4. Tahap-Tahap Terapi Perilaku

Proses terapi ini adalah proses belajar, terapis membantu terjadinya proses belajar tersebut, dengan cara mendorong klien untuk mengemukakan keadaan yang benar-benar dialaminya. Terapi ini memiliki empat tahap dalam prosesnya, yaitu:

1. Melakukan Pengkajian (assessment)
2. Menetapkan tujuan (goal setting)
3. Implementasi teknik
4. Evaluasi dan pengakhiran

5. Teknik Terapi Perilaku

Teknik-teknik dasar terapi perilaku meliputi teknik *operant conditioning,classical conditioning,*terapi aversi atau refleks terkondisi, terapi implosif, desensitisasi sistematis, terapi pengendalian diri, dan lain-lain:

A) Operant Conditioning

Operant conditioning disebut juga *instrumental conditioning* atau penguatan positif atau skinnerian (B.F.Skiner,1953). *Operant conditioning* melatih suatu perilaku tertentu dengan menggunakan alat dalam keadaan khusus.Percobaaan pada merpati oleh skinner. Merpati belajar menekan/membentuk tuas lebih sering untuk mendapatkan hadiah (makanan) setelah makanan masuk kekotak yang pada awalnya hanya kebetulan sesaat merpati tersebut mematuk tuas. Perilaku yang didorong oleh hadiah ini dapat dilakukan secara kontinu dan *intermitent.*

Teknik operant conditioning terdiri atas:

1) Penguatan positif ,yaitu pemberian hadiah dapat membantu dilanjutkannya prilaku
2) Pengguatan negatif,yaitu menghilangkan konsekuensi-konsekuensi yang tidak diinginkan untuk membantu meneruskan perilaku
3) hukuman positif, yaitu konsekuensiaversi (keengganan atau penolakan) mengurangi perilaku tertentu.
4) hukuman negatif, yaitu menarik hadiah mengurangi dilakukannya perilaku tertentu.

Evaluasi dan modifikasi hal-hal yang terjadi terlebih dahulu dan konsekuensi terhadap perilaku maladaptif klien dengan teliti. Perilaku yang di harapkan di dukung dengan penguatan positif dan di larang dengan penguatan negatif. Misalnya dengan cara perawat memberikan penghargaan (hadiah) kepada klien karena telah membuaat

perubahan prilaku menjadi positif. Modifikasi prilaku terjadi ketika klien mencapai tujuan perilaku yang di tetapkan sebelumnya. Perilaku ini secara sistematis di kuatkan oleh umpan balik positif atau penghargaan yang di terima. Seiring dengan waktu, perilaku yang di inginkan meningkat dan dipertahankan secara terus-menerus.

Token economy. Klien yang mengalami cacat sosial berat dan sudah lama tinggal di ruang perawatan bias motivasi dengan menggunakan tanda/bukti (*token*). Kebutuhan keperawatan dasar di lakukan seperti biasa, tetapi makanan tambahan, perhatian, hak istimewa dibeli dengan *toke. Token* digunakan oleh perawat sebagai *operant conditioning*. Jika klien melakukan satu tindakan yang baik segera diberikan hadiah *token.*

B) Classical Conditioning

Classical conditioning (pengondisian klasik) merupakan respons yang dikondisikan oleh rangsangan suatu respons tak terkondisi terhadap rangsangan tak terkondisi di ubah dengan menggunakan rangsangan terkondisi dan rangsangan tak terkondisi. Pavlov melakukan pengujian kepada anjing yang mengeluarkan air liur saat melihat atau mencium makanan sebagai respons dan rangsangan tak terkondisi.

Teknik terapi classical conditioningberdasarkan pada paket stimulus-repons yang tidak di pelajari yang pada kenyataannya sering kali menjadi aksi refleks. Manusia belajar berespons terhadap stimulus netral (stimulus terkondisi). Sebagian besar pembelajaran diri kita di sadari oleh pengendalian klasik, misalnya, seorang anak mengalami nyeri dan ketidaknyamanan setiap kali mendatangi dokter gigi atau bahkan nyeri dan ketidaknyamanan tersebut bertambah lebih berat pada beberapa kali kunjungan.

C) Teknik Aversi atau Teknik Refleks Terkondisi

Terapi aversi (menghindar) merupakan terapi yang berlandaskan pada prinsip di mana prilaku di bentuk untuk menghindari konsekuensi yang tidak menyenangkan. Teknik terapi aversi di dasarkan pada prinsip penguatan negatif:

1) Penghukuman pada masalah perilaku .
   Perilaku individu abnormal dikurangi dengan memberikan hukuman yaitu stimulus yang tidak nyaman, sehingga individu segera belajar untuk tidak mengulangi perilaku tersebut untuk menghindari konsekuensi negatifnya.Misalnya, jika memakai alkohol atau fantasi seks yang menyimpang, maka di berikan stimulus yang tidak menyenangkan seperti syok elektrik, suara keras, menghina atau melukai perasaan.
2) Dengan teknik pengganti atau pengkondisian klasik.
   Cara ini merupakan desentisasi tertutup yaitu menggunakan pikiran-pikiran yang tidak menyenangkan sebagai stimus yang aversi.Teknik menghentikan pikiran digunakan untuk menggagalkan obsesi.Bila klien mulai ingin melakukan dan perawat berteriak "berhenti" atau memberikan syok kepada klien. Lama kelamaan

klien bisa menendalikan gejala dengan mengatakan "berhenti" pada dirinya sendiri atau menimbulkan sensasi sakit pada dirinya sendiri.

3) Pelatihan menghindari
Stimulus berbahaya dapat di hindari dengan menghindari masalah perilaku, seperti memberikan disulfiram (antabus) kepada klien yang memiliki masalah kecanduan alkohol pada saat perilakunya yang tidak di kehendaki muncul (walaupun cara ini secara hukum dilarang).

Indikasi prosedur aversi yang paling berguna pada keadaan situasi dimana masalah prilaku secara alamiah memperkuat klien, seperti penyalahgunaan alkohol dan obat, merokok, penyimpangan seksual, dan makan berlebihan. Kasus dimana perilaku merusak diri dan harus dengan segera di awasi. Berbagai teknik tersedia untuk setiap masalah prilaku, dan teknik aversi yang paling efektif bila di pakai bersama dengan bentuk pengobatan lainnya yang membantu penguatan prilaku yang di inginkan .

Kotraindikasi terapi aversi adalah klien yang tidak mempuyai motivasi dimana terdapat pemindahan kesituasi kehidupan nyata, dan klien sangat sensitif terhadap setiap prosedur menyakitkan yang dipakai.

D) Teknik Implosif

Terapi implosif merupakan terapi paparan dan secara klasik di pakai untuk mengobati keadaan takut yang merupakan gambaran dari desensitiasi sistematis. Terapi paparan di dasarkan pada paparan kronis terhadap stimulus ketakutan yang sesungguhnya, asumsinya bahwa bila seseorang terpapar dalam keadaan yang menakutkan cukup lama, kemudian ketakutan di lemahka atau dikurangi, maka ketakutan akan menghilang, penting bahwa paparan dilanjutkan sampai terjadi pengurangan kecemasan.

Waktu yang di perlukan sekitar 5-25 menit untuk pertama kali, tetapi waktunya lebih singkat ketika di ulang pada satu atau dua hari, penambahan waktu pemberian kemudian dilakukan dengan interfal yang di tingkatkan untuk mencegah penyembuhan spontan. Klien diharapkan tidak mengalami penarikan diri dari pengobatan sampai pengobatan selesai, karna penarikan diri akan memperbesar ketakutan dan prilaku fobia. Teknik terapi implosif adalah untuk klien dengan kecemasan yang disebabkan oleh situasi dipajankan terhadap situasi tersebut langsung secara total untuk jangka waktu tertentu (flooding) atau dipanjankan di dalam imajinasi (implosion). Flooding yaitu melakukan kontak langsung yang lama dengan objek yang di takuti tersebut, dengan dimotivasi, di dotong dan di atur oleh perawat.Cara ini sangat efektif digunakan untuk mengatasi respons pencegahan yang bersifat ritual obsesional. Namun, tidak di indikasikan pada pasien pertengahan yang dapat menimbulkan serangan jantung dan pada anak yang dapat menginduksi serangan asma.

Klien dilarang menghindar atau melarikan diri dari situasi. Pada pertama kali akan terjadi ketakutan dan panik yang hebat, tetapi panik akan mereda pada saat klien

menyadari situasi tersebut tidak berbahaya dan bahwa nyeri atau ketidaknyamanan tidak terjadi . Indikasi terapi implosif adalah agrofobia (khususnya mereka yang takut terkontaminasi), gangguan stres pasca traumatik dan beberapa tipe disfungsi seksual.

Kontra indikasi terapi implosif adalah gangguan tertentu yang mungkin memerlukan medikasi (agrofobia, gangguan obsesi kompulsif). Kasus dimana kecemasan dimunculkan oleh paparan langsung yang dapat merusak fisik. Kasus dimana ketakutan tidak dapat dihilangkan dengan paparan berulang (beberapa kasus akrofobik) atau muncul degan emosi yang lebih kuat serta lebih sukar untuk diatasi. Lama dan frekurensi paparan bergantung pada masalah khusus

E) Desensitiasi Sistematik

Desensitiasi sistematis di kembangkan dengan prinsip penghambatan timbal malik respons neurotik. Jika suatu respons tidak cocok dengan kecemasan dapat menimbulkan pada waktu bersamaan dengan rangsangan yang membangkitkan kecemasan, maka kecemasan akan berkurang. Riwayat klien digunakan untuk membentuk hierarki respons dari terkecil sampai yang terbesar membangkitkan kecemasan. Klien diajari relaksasi atau dibuat rilaks dengan memakai obat dan diminta membayangkan dirinya sendiri berada dalam keadaan yang membangkitkan kecemasan sehingga timbuldesensitiasi progresif.

Tujuan desensitiasi sistematis adalah memutus hubungan tekondisi tersebut dan menghubungkan situasi takut dengan stimulus yang menyenagkan dan bukan dengan stimulusyang tidak menyenagkan (conterconditioning). Teknik desensitiasi sistemik perawat mengajarkan pada klien bagaimana cara relaks terlebih dahulu. Klien dipanjankan stimulus yang menimbulkan fobia secara berulang pada saat klien berada dalam kondisi relaks. Klien dengan kecemasan atau fobia(rasa takut, tidak nyaman dan nyeri) dipanjankan pada suatu hierarki yang bertahap terhadap situasi atau objek yang menakutkan, dimulai dari yang paling tidak menakutkan atau ringan.

Secara bersamaan dan bertahap, perawat meningkatkan pemajanan terhadap stimulus. Klien belajar menerapkan respon relaksasi atau belajar mengatasi kecemasan ketika berhadpan dengan stimulus tersebut. Proses tersebut berlanjut sampai klien tidak lagi merasakan kecemasan yang tinggi akibat stimulus dan akhirnya dapat mengatasi ketakutan-ketakutan yang dirasakanya. Jika dikombinasi dengan relaksasi (yaitu suatu pola respon antagonis) disebut teknik inhibasi resiprokal.

F) Teknik Pengendalian Diri

Teknik terapi pengendalian diri adalah melatih klien untuk belajar bagaimana mengubah kata-kata negative dan membimbing sampai mampu mengendalikan tindakanya. Hasil akhir dalah penurunan tingkat stress. Model Peran (Modelling) atau Observasional Learning. Teknik model peran adalah sebuah teknik yang mempelajari perilaku baru dengan meniru perilaku atau tindakan orang lain, seperti dalam olahraga atau

mengikuti perilaku yang sedang tren. Perawat atau orang lain menyontohkan perilaku yang diinginkan, lalu klien mempelajarinya melalui praktek dan imitasi. Cara ini dapat mengajari orang lain untuk melakukan sesuatu dan menghindari sesuatu. Model peran sering digunakan dengan pengondisian operand an desensitisasi.

Latihan Keterampilan Sosial dengan membandingkan keterampilan sosial dengan keterampilan motorik halus.Kemampuan manusia dipecah menjadi bagian yang terpisah dan dianalisis dalam bentuk isyarat, respon, serta umpan balik.Kelompok individu yang mengalami kesulitan sosial diajarkan keterampilan sosial. Individu diinstrusikan untuk mengetahui cara melakukan gerakan dan apa yang harus dikatakan. Individu dapat meniru penampilanya dari contoh orang lain atau dari film. Tingkah laku tersebut harus dilatih lagi, didorong oleh kelompoknya atau oleh perawat, serta diberikan umpan balik, misalnya dengan mengamati rekaman video yang berisi penampilanya sendiri.

G) Latihan Asertif

Pendekatan behavioral yang dengan cepat mencapai popularitas adalah latihan asertif yang bisa diterapkan terutama pada situasi-situasi interpersonal dimana individu mengalami kesulitan untuk menerima kenyataan bahwa menyatakan atau menegaskan diri adalah tindakan yang layak atau benar. Teknik latihan asertif membantu klien yang tidak mampu mengungkapkan ‘’emosi” baik berupa mengungkapkan rasa marah atau perasaan tersinggung. Menunjukkan kesopanan yang berlebihan dan selalu mendorong orang lain untuk mendahuluinya, klien yang sulit menyatakan penolakan, mengucapkan kata “Tidak”. Merasa tidak punya hak untuk memiliki perasaan dan pikiran sendiri.

Latihan asertif menggunakan prosedur-prosedur permainan peran. Misalnya, klien mengeluh bahwa dia acap kali merasa ditekan oleh atasannya untuk melakukan hal-hal yang rnenurut penilaiannya buruk dan merugikan serta mengalami hambatan untuk bersikap tegas di hadapan atasannya itu. Cara terapinya terapis mencontoh cara berpikir dan cara klien menghadapi atasan. Kemudian, mereka saling menukar peran sambil klien mencoba tingkah laku baru dan terapis memainkan peran sebagai atasan. Klien boleh memberikan pengarahan kepada terapis tentang bagaimana memainkan peran sebagai atasannya secara realistis, sebaliknya terapis melatih klien bagaimana bersikap tegas terhadap atasan.

H) Pembentukan tingkah laku model (role model)

Teknik ini dapat digunakan untuk membentuk tingkah laku baru pada klien, dan memperkuat tingkah laku yang sudah terbentuk. Dalam hal ini konselor menunjukkan kepada klien tentang tingkah laku model, dapat menggunakan model audio, model fisik, model hidup, atau lainnya yang teramati dan dipahami jenis tingkah laku yang hendak dicotoh. Tingkah laku yang berhasil dicontoh memperoleh ganjaran dari konselor. Ganjaran dapat berupa pujian sebagai ganjaran sosial. Prinsip teori yang melandasi teknik terapi ini adalah teori mengenai belajar melalui pengamatan (*observation learning*) atau sering juga disebut belajar sosial (*social learning*) dari Walter dan Bandura**.** pada

prinsipnya, terapis memperlihatkan model yang tepat untuk membuat klien dapat meniru bagaimana ia seharusnya melakukan upaya menghilangkan perasaan dari pikiran yang tidak seharusnya dari orang lain yang disebut model itu. Terhadap dua konsep yang berbeda yang digunakan dalam modeling ini, yakni antara *coping* dan *mastery model* menampilkan perilaku ideal, contohnya bagaimana menangani ketakutan. Sebaliknya, *coping model* pada dasarnya menampilkan bagaimana ia tidak merasa takut untuk menghadapi hal yang semula menakutkan.

G. Terapi Lingkungan

1. Definisi Terapi Lingkungan (Milieu Therapy)

Milieu Therapy, berasal dari bahasa Perancis yang berarti perencanaan ilmiah dari lingkungan untuk tujuan yang bersifat terapeutik atau mendukung kesembuhan. Pengertian lainnya adalah tindakan penyembuhan pasien melalui manipulasi dan modifikasi unsur-unsur yang ada pada lingkungan dan berpengaruh positif terhadap fisik dan psikis individu serta mendukung proses penyembuhan.

Terapi lingkungan adalah bentuk terapi yaitu menata lingkungan agar terjadi perubahan perilaku pada klien dari perilaku maladaptive menjadi perilaku adaptif. Perawat menggunakan semua lingkungan rumah sakit dalam arti terapeutik. Bentuknya adalah memberi kesempatan klien untuk tumbuh dan berubah perilaku dengan memfokuskan pada nilai terapeutik dalam aktivitas dan interaksi.

Dalam terapi lingkungan perawat harus memberikan kesempatan, dukungan, pengertian agar klien dapat berkembang menjadi pribadi yang bertanggung jawab. Klien juga dipaparkan pada peraturan-peraturan yang harus ditaati, harapan lingkungan, dan belajar bagaimana berinteraksi dengan orang lain. Perawat juga mendorong komunikasi dan pembuatan keputusan, meningkatkan harga diri, belajar keterampilan dan perilaku yang baru. Lingkungan rumah sakit adalah lingkungan sementara di mana klien akan kembali ke rumah, maka tujuan dari terapi lingkungan ini adalah memampukan klien dapat hidup di luar lembaga yang diciptakan melalui belajar kompetensi yang diperlukan untuk beralih dari lingkungan rumah sakit ke lingkungan rumah tinggalnya.

Terapi lingkungan adalah segala sesuatu yang ada di lingkungan kita, yang diciptakan untuk pengobatan termasuk fisik dan sosial.Suatu manipulasi ilmiah pada lingkungan yang bertujuan untuk menghasilkan perubahan pada perilaku pasien dan untuk mngembangkan keterampilan emosional dan sosial.(Stuart Sundeen, 1991). Dalam pelaksanaannya harus melibatkan team work yang terdiri dari berbagai ahli di bidangnya masing-masing dengan tujuan mengoptimalkan proses penyembuhan pasien. Tim tersebut terdiri dari dokter ahli jiwa, psikolog, perawat jiwa, ahli sanitasi lingkungan, sosial worker, dan petugas kesehatan lainnya.Dimana dalam pelaksanaannya berupa planning duduk bersama berdasarkan disiplin ilmunya masing-masing untuk mencapai tujuan dari terapi lingkungan.

2. Tujuan Terapi Lingkungan

Membantu individu untuk mengembangkan rasa harga diri, mengembangkan kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, membantu belajar mempercayai orang lain, dan mempersiapkan diri untuk kembali ke masyarakat.Abrons dalam Stuart sundeen 1995 menyebutkan tujuan terapi lingkungan meliputi:

1. Tujuan umum
   Membekali pasien kemampuan untuk kembali ke masyarakat dan dapat menjalankan kehidupan fisik dan sosial seoptimal mungkin.
2. Tujuan khusus
   Membatasi gangguan dan perilaku maladaptif. Mengajarkan keterampilan psikososial dengan cara orientasi yaitu pencapaian tingkat orientasi dan kesadaran terhadap realita yang lebih baik. Orientasi berhubungan dengan pengetahuan dan pemahaman pasien terhadap waktu, tempat, tujuan, sedangkan kesadaran dapat dikuatkan melalui interaksi dan aktifitas pada semua pasien.

Asertation yaitu kemampuan mengekspresikan perasaan sendiri dengan tepat. Hal ini dapat dilakukan dengan cara mendorong pasien dalam mengekspresikan diri secara efektif dengan tingkah laku yang dapat diterima oleh masyarakat. Accuption yaitu kemampuan pasien untuk dapat percaya diri dan berprestasi melalui keterampilan membuat kerajinan tangan. Recreation yaitu kemampuan membuat dan menggunakan aktifitas yang menyenangkan dan relaksasi. Hal ini memberi kesempatan pada pasien utnuk mengikuti bermacam-macam reaksi dan membantu pasien untuk menerapkan keterampilan yang telah dipelajari, misalnya interaksi sosial.

Menurut Stuart dan Sundeen tujuan milleu terapi untuk meningkatkan pengalaman positif pasien khususnya yang mengalami gangguan mental, dengan cara membantu individu dalam mengembangkan harga diri. Meningkatkan kemampuan untuk berhubungan denagan orang lain. Menumbuhkan sikap percaya pada orang lain. Mempersiapkan diri kembali ke masyarakat, dan Mencapai perubahan yang positif.

3. Karakteristik Terapi Lingkungan

Memberi kesempatan tumbuh dan berubah perilakunya dengan focus nilai terapeutik dalam aktivitas dan interaksi sosial. Memberi kesempatan, dukungan, pengertian kepada klien agar berkembang sbg pribadi yg bertanggung jawab. Klien dipaparkan pada peraturan, harapan, tekanan peer, dan interaksi sosial. Perawat mendorong komunikasi dan pembuatan keputusan, meningkatkan harga diri, belajar keterampilan dan perilaku baru.

Untuk mencapai tujuan yang diharapkan, maka lingkungan harus bersifat terapeutik yaitu mendorong terjadi proses penyembuhan, lingkungan tersebut harus memiliki karakteristik sebagai berikut:

1. Pasien merasa akrab dengan lingkungan yang diharapkannya.
2. Pasien merasa senang/nyaman.dan tidak merawsa takut dengan lingkungannya.
3. Kebutuhan-kebutuhan fisik pasien mudah dipenuhi
4. Lingkungan rumah sakit/bangsal yang bersih
5. Lingkungan menciptakan rasa aman dari terjadinya luka akibat impuls-impuls pasien.
6. Personal dari lingkungan rumah sakit/bangsal menghargai pasien sebagai individu yang memiliki hak, kebutuhan dan pendapat serta menerima perilaku pasien sebagai respon adanya stress.
7. Lingkungan yang dapat mengurangi pembatasan-pembatasan atau larangan dan memberikan kesempatan kepada pasien untuk menentukan pilihannya dan membentuk perilaku yang baru.

4. Bentuk Lingkungan

a) Lingkungan Fisik

Aspek terapi lingkungan meliputi semua gambaran yang konkrit yang merupakan bagian eksternal kehidupan rumah sakit.*Setting*-nya meliputi bentuk dan struktur bangunan. Pola interaksi antara masyarakat dengan rumah sakit. Tiga aspek yang mempengaruhi terwujudnya lingkungan fisik terapeutik:

a. Lingkungan fisik yang tetap.

Mencakup struktur dari bentuk bangunan baik eksternal maupun internal. Bagian eksternal meliputi struktur luar rumah sakit, yaitu lokasi dan letak gedung sesuai dengan program pelayanan kesehatan jiwa, salah satunya kesehatan jiwa masyarakat.Berada di tengah-tengah pemukiman penduduk atau masyarakat sekitarnya serta tidak diberi pagar tinggi. Hal ini secara psikologis diharapkan dapat membantu memelihara hubungan terapeutik pasien dengan masyarakat. Memberikan kesempatan pada keluarga untuk tetap mengakui keberadaan pasien serta menghindari kesan terisolasi.

Bagian internal gedung meliputi penataan struktur sesuai keadaan rumah tinggal yang dilengkapi ruang tamu, ruang tidur, kamar mandi tertutup, WC, dan ryang makan. Masing-masing ruangan tersebut diberi nama dengan tujuan untuk memberikan stimulasi pada pasien khususnya yang mengalami gangguan mental, merangsang memori dan mencegah disorientasi ruangan. Setiap ruangan harus dilengkapi dengan jadwal kegiatan harian, jadwal terapi aktivitas kelompok, jadwal kunjungan keluarga, dan jadwal kegiatan khusus misalnya rapat ruangan.

b. Lingkungan fisik semi tetap.

Fasilitas-fasilitas berupa alat kerumahtanggaan meliputi lemari, kursi, meja, peralatan dapur, peralatan makan, mandi,.Semua perlengkapan diatur sedemikian rupa sehingga memungkinkan pasien bebas berhubungan satu dengan yang lainnya serta menjaga privasi pasien.

c. Lingkungan fisik tidak tetap.
Lebih ditekankan pada jarak hubungan interpersonal individu serta sangat dipengaruhi oleh sosial budaya.

b) Lingkungan Psikososial

Lingkungan yang kondusif yaitu fleksibel dan dinamis yang memungkinkan pasien berhubungan dengan orang lain dan dapat mengambil keputusan serta toleransi terhadap tekanan eksternal. Beberapa prinsip yang perlu diyakini petugas kesehatan dalam berinteraksi dengan pasien:

1. Tingkah laku dikomunikasikan dengan jelas untuk mempertahankan, mengubah tingkah laku pasien.
2. Penerimaan dan pemeliharaan tingkah laku pasien tergantung dari tingkah laku partisipasi petugas kesehatan dan keterlibatan pasien dalam kegiatan belajar.
3. Perubahan tingkah laku pasien tergantung pada perasaan pasien sebagai anggota kelompok dan pasien dapat mengikuti atau mengisi kegiatan.
4. Kegiatan sehari-hari mendorong interaksi antara pasien.
5. Mempertahankan kontak dengan lingkungan misalnya adanya kalender harian dan adanya papan nama dan tanda pengenal bagi petugas kesehatan.

5. Komponen Fungsional Terapi Lingkungan

1. Containment
   Berfungsi mendukung kesehatan fisik dan merubah perilaku berkuasa. Tujuannya memberi keamanan pasien serta lingkungan serta menumbuhkan percaya. Bentuk terapi isolasi dan pengikatan dengan aktifitas memberikan perlindungan fisik dan mencegah cidera pada diri sendiri dan orang lain.
2. Support
   Berfungsi membantu pasien merasa aman dan nyaman serta mengurangi kecemasan. Tujuannya meningkatkan harga diri dan percaya diri pasien. Bentuk terapi penggunaan komunikasi terapeutik, pemberian perhatian dengan sikap empati edukasi. Aktifitas denagn meningkatkan hubungan dan interaksi.
3. Struktur
   Berfungsi membantu mendorong perilaku yang maladaptif menjadi adaptif dengan tujuan meningkatkan tanggyng jawab terhadap perilaku dan konsekuensinya, serta meningkatkan keterlibatan pasien terhadap aktifitas yang terstruktur. Bentuk terapi aktifitas, terapi aktifitas sosian, terapi occupation dengan aktifitas menentukan jenis kegiatan sesuai dengan kondisi dan kemampuan pasien.
4. Involvement
   Berfungsi mendorong pasien untuk dapat bekerjasama, melakukan kompromi dan konfrontasi untuk meningkatkan keterlibatan sosial. Tujuan untuk menstimulasi pasien

tuntuk berperan serta aktif dalam lingkungan sosial dan interaksi serta mengembangkan keterampilan. Bentuk terapi aktifitas kelompok.

5. Validation
   Berfungsi membantu pasien mengambangakan kapasitas kedekatan yang lebih besar dan menyatu identitasnya. Tujuan untuk membantu pasien memahami dan menerima keunikan dirinya serta mendorong integrasi antara perasaan senang dan tidak senang. Bentuk terapi psikodrama, stimulasi persepsi dan validasi dengan aktifitas bermain drama, menerima pikiran perasaan pasien dan memberi reinforcemen

6. Peran Perawat dalam Terapi Lingkungan

1. Pencipta lingkungan yang aman dan nyaman
   a. Perawat menciptakan dan mempertahankan iklim/suasana yang akrab, menyenangkan, saling menghargai di antara sesame perawat, petugas kesehatan, dan pasien.
   b. Perawat yang menciptakan suasana yang aman dari benda-benda atau keadaan-keadaan yang menimbulkan terjadinya kecelakaan/luka terhadap pasien atau perawat.
   c. Menciptakan suasana yang nyaman.
   d. Pasien diminta berpartisipasi melakukan kegiatan bagi dirinya sendiri dan orang lain seperti yang biasa dilakukan di rumahnya. Misalnya membereskan kamar.
2. Penyelenggara proses sosialisasi
   a. Membantu pasien belajar berinteraksi dengan orang lain, mempercayai orang lain, sehingga meningkatkan harga diri dan berguna bagi orang lain.
   b. Mendorong pasien untuk berkomunikasi tentang ide-ide, perasaan dan perilakunya secara terbuka sesuai dengan aturan di dalam kegiatan-kegiatan tertentu.
   c. Melalui sosialisasi pasien belajar tentang kegiatan-kegiatan atau kemampuan yang baru, dan dapat dilakukannya sesuai dengan kemampuan dan minatnya pada waktu yang luang.
3. Sebagai teknis perawatan
   Fungsi perawat adalah memberikan/memenuhi kebutuhan dari pasien, memberikan obat-obatan yang telah ditetapkan, mengamati efek obat dan perilaku-perilaku yang menonjol/menyimpang serta mengidentifikasi masalah-masalah yang timbul dalam terapi tersebut.
4. Sebagai *leader* atau pengelola.
   Perawat harus mampu mengelola sehingga tercipta lingkungan terapeutik yang mendukung penyembuhan dan memberikan dampak baik secara fisik maupun secara psikologis kepada pasien.

7. Jenis-Jenis Kegiatan Terapi Lingkungan

1. Terapi rekreasi
   Yaitu terapi yang menggunakan kegiatan pada waktu luang, dengan tujuan pasien dapat melakukan kegiatan secara konstruktif dan menyenangkan serta mengembangkan kemampuan hubungan sosial. Pada proses terapi, perawat harus dapat menyesuaikan kegiatan dengan tingkatan umur, misalnya untuk remaja yang membutuhkan kegiatan yang mengeluarkan banyak energi seperti basket, berenang, dan lain-lain. Sementara itu, untuk orang tua tidak mengeluarkan banyak tenaga seperti main kartu, karambol, dan sebagainya.
2. Terapi kreasi seni
   Perawat dalam terapi ini dapat sebagai *leader* atau bekerja sama dengan orang lain yang ahli dalam bidangnya karena harus sesuai dengan bakat dan minat, diantaranya adalah sebagai berikut:
   1). Menari/*Dance therapy*
   Suatu terapi dengan menggunakan bentuk ekspresi nonverbal dan menggunakan gerakan tubuh dimana mengomunikasikan tentang perasaan-perasaan dan kebutuhan-kebutuhan. Kegiatan dapat disesuaikan dengan kultur dan dimana pasien berasal serta RS itu berada.
   2). Terapi music
   Terapi ini dilakukan melalui musik. Dengan music memberikan kesempatan kepada pasien untuk mengekspresikan perasaan-perasaannya seperti marah, sedih dan kesepian. Pelaksanaan terapi ini dapat dilakukan bersama atau individual. Pasien yang sedang sedih biasanya memilih music yang sentimental, sedangkan pasien yang gembira memilih lagu yang gembira dan menuntut banyak gerak.
   3). Terapi dengan menggambar/melukis
   Kegiatan menggambar atau melukis akan memberikan kesempatan kepada pasien untuk mengekspresikan tentang apa yang terjadi dengan dirinya. Kegiatan ini dapat dilakukan secara individu atau berbagai sarana seperti di RS, rawat jalan ataupun di rumah-rumah perawatan. Selain itu, menggambar juga akan menurunkan ketegangan dan memusatkan pikiran yang ada.
   4). *Literatur/biblio therapy*
   Terapi dengan kegiatan membaca seperti novel, majalah, buku-buku dan kemudian mendiskusikan di antara pasien tentang pendapat-pendapatnya terhadap topik yang dibaca. Tujuannya adalah untuk mengembangkan wawasan diri dan bagaimana mengekspresikan perasaan/pikiran dan perilaku yang sesuai dengan norma-norma yang ada.
3. Pettherapy
   Terapi ini bertujuan untuk menstimulasi respon pasien yang tidak mampu mengadakan hubungan interaksi dengan orang-orang dan pasien biasanya merasa

kesepian, menyendiri. Sarana yang digunakan adalah binatang-binatang dimana dapat memberikan respons menyenangkan kepada pasien, sering kali dipergunakan pada pasien anak dengan akustik.

4. *Planttherapy*
   Terapi ini bertujuan untuk mengajarkan pasien untuk memelihara segala sesuatu/mahluk hidup, dan membantu hubungan yang akrab antara satu pribadi kepada pribadi lainnya. Kegiatan ini menggunakan tanaman/tumbuhan sebagai objek dalam mencapai tujuan terapi. Menanam tumbuh-tumbuhan mulai dari biji sampai menjadi bunga atau buah dan diperbolehkan untuk memetiknya bagi pasien merupakan pengalaman memelihara makhluk hidup dengan kasih sayang dan di luar dirinya.

8. Penatalaksanaan Terapi Lingkungan

1. Pasien rendah diri (low self esteem), depresi (depression), dan bunuh diri.
   Syarat lingkungan secara fisik harus memenuhi hal-hal sebagai berikut:
   a. Ruangan aman dan nyaman.
   b. Terhindar dari alat-alat yang dapat digunakan untuk mencederai diri sendiri atau orang lain.
   c. Alat-alat medis, obat-obatan, dan jenis cairan medis dilemari dalam keadaan terkunci.
   d. Ruangan harus ditempatkan dilantai 1 dan keseluruhan ruangan mudah di pantau oleh petugas kesehatan.
   e. Tata ruangan menarik dengan cara menempelkan poster yang cerah dan meningkatkan gairah hidup pasien.
   f. Warna dinding cerah.
   g. Adanya bacaan ringan,lucu, memotivasi hidup.
   h. Hadirkan music ceria, televisi, film komedi.
   i. Adanya lemari khusus untuk menyimpan barang-barang pribadi pasien.

   Syarat lingkungan psikososial adalah sebagai berikut:
   a komunikasi terapiutik dengan cara semua petugas menyapa pasien sesering mungkin.
   b Memberikan penjelasan setiap akan melakukan kegiatan keperawatan/kegiatan medis lainnya.
   c Menerima pasien apa adanya, jangan mengejek atau merendakan.
   d Meningkatkan harga diri pasien.
   e Membantu menilai dan meningkatkan hubungan sosial secara bertahap
   f Membantu pasien dalam berinteraksi dengan keluarganya.
   g Sertakan keluarga dalam rencana asuhan keperawatan, jangan membiarkan pasien sendiri terlalu lama di ruangannya.

2. Pasien dengan amuk

   Syarat lingkungan fisik adalah sebagai berikut:

   a. ruangan aman, nyaman dan mendapat pencahayaan.
   b. Pasien satu kamar, satu orang, bila sekamar lebih dari satu jangan di campur antara yang kuat dan yang lemah.
   c. Ada candela berjeruji dengan pintu terkunci.
   d. Tersedia kebijakan dan prosedur tertulis tentang protocol peningkatan dan pengasingan secara aman,serta protocol pelepasan.

   Syarat lingkungan psikososial sebagai berikut:

   a. komunikasi terapiutik, sikap dan sahabat,dan perasaan empati.
   b. Observasi pasien setiap 15 menit.
   c. Jelaskan tujuan pengikatan/pengekangan secara berulang-ulang
   d. Penuhi kebutuhan fisik pasien.
   e. Libatkan keluarga.
   f. Pasien merasa aman/senang dan tidak merasa takut.
   g. Di lingkungan rumah sakit/bangsal yang bersih.
   h. Tingkah laku di komunikasikan dengan jelas untuk mempertahankan atau mengubah tingakah laku pasien.
   i. Tata ruangan menarik dan poster yang cerah akan meningkatkan gairah pasien.

H. Terapi Electro Convultion Therapy (ECT)

Gangguan depresif ditandai dengan berbagai keluhan seperti kelelahan atau merasa menjadi lamban, masalah tidur, perasaan sedih, murung, nafsu makan terganggu dapat berkurang atau berlebih, kehilangan berat badan dan iritabilitas. Penderita mengalami distorsi kognitif seperti mengkritik diri sendiri, timbul rasa bersalah, perasaan tidak berharga dan putus asa. Gangguan depresif dapat terjadi tanpa disadari sehingga penderita terkadang terlambat ditangani sehingga dapat menimbulkan penderitaan yang berat seperti bunuh diri. Gangguan depresif dapat diobati dan dipulihkan melalui konseling/psikoterapi dan beberapa diantaranya memerlukan tambahan terapi fisik maupun kombinasi keduanya. Karena ada beberapa faktor yang saling berinteraksi untuk timbulnya gangguan depresif, penatalaksanaan yang komprehensif sangat diperlukan. Jenis terapi bergantung dari diagnosis, berat penyakit, umur penderita dan respon terhadap terapi sebelumnya. Kini semakin tingginya perkembangan ilmu pengetahuan khususnya kesehatan jiwa ditemukan sebuah teknologi yang dapat membantu mengobati pasien jiwa dengan menggunakan suatu alat terapi kejut listrik Electro convulsive therapy (ECT).

1. Definisi ECT

Electroconvulsive therapy (ECT), adalah suatu teknik terapi dengan menggunakan gelombang listrik yang dapat membantu kesembuhan klien dengan depresi, dengan kriteria:

1. Depresi berat dengan gangguan pola tidur misalnya: insomnia, penurunan berat badan secara drastis, klien dengan perasaan bersalah yang tinggi dengan penyebab idiopatik,perasaan ingin menciderai diri atau membunuh diri nya sendiri (pada beberapa kasus keinginan menyakiti dan membunuh tidak hanya pada diri sendiri saja, namun dapat berupa perasaan ingin menyakiti atau membunuh orang lain.)
2. Depresi berat yang telah tidak mampu lagi diobati dengan anti-depresan, atau konseling
3. Depresi berat yang diderita oleh klien yang kontra indikasi dengan anti-depresan

2. Cara Kerja ECT

ECT bekerja dengan menggunakan gelombang elektro dengan voltase tertentu yang mampu membenahi periode pendek aktifitas otak yang ireguler. Hal ini akan menimbulkan efek kimiawi terutama beberapa zat yang berhubungan dengan proses neuro transmitter. Neuro transmitter ini adalah suatu zat perantara pesan atau impuls dari otak sehingga suatu perintah-perintah dapat terlaksana. Dengan adanya terapi listrik untuk mengejutkan proses tersebut diatas diharapkan aktifitas sel-sel otak dapat bekerja sebagai mana dengan mestinya.

3. Tahap-Tahap Persiapan ECT

Tahap pertama petugas kesehatan akan melakukan pemeriksaan fisik yang berkaitan dengan fungsi-fungsi organ tubuh, untuk memastikan pasien siap untuk melakukan terapi ECT ini. Selanjutnya tenaga kesehatan akan mempertemukan klien dengan ahli anestesi untuk penggunakan obat-obat anestesi selama proses terapi. Obat anestesi diperlukan untuk membuat klien tertidur sehingga meminimalisir ketidaknyamanan dan nyeri klien saat terapi ECT dilakukan. Para perawat dan dokter akan memastikan bahwa klien tidak memiliki gangguan pada organ jantung serta paru-paru yang sekali lagi memastikan bahwa tubuh klien siap untuk dilakukan ECT. Pada kebanyakan kasus, klien akan mendapatkan pemeriksaan darah dan elektrokardiography (EKG) saat terapi elektro konvulsi yang pertama.

4. Efek Samping ECT

Efek samping dapat ditimbulkan oleh obat anestesi, reaksi impuls listrik atau keduanya. Efek samping nya antara lain:

a) temporary short-term memory loss (kehilangan memori jangka pendek)
b) bingung
c) nausea

d) nyeri otot atau nyeri kepala ringan sampai sedang
e) pada beberapa kasus perubahan heart rate dan tekanan darah dapat terjadi.

5. Kapan ECT dapat Diberikan?

ECT dapat dilakukan pada pasien yang mengalami rawat inap dirumah sakit. Atas keinginan klien, ECT juga dapat dilakukan saat klien rawat jalan. Pada klien dengan terapi ECT, klien akan mendapat terapi ini kurang lebih 4-6 kali dalam seminggu. Awal dari setiap terapi klien akan mendapat suntikan melalui jalur intra vena untuk mendapatkan obat-obatan anestesi untuk reflek rileks klien. Saat terapi Heart rate, tekanan darah dan frekuensi pernafasan klien akan diobservasi secara ketat oleh perawat. saat klien rileks atau dengan kata lain sedang tertidur, impuls kejutan listrik akan diberikan pada klien, tentu dengan voltase yang sesuai diterima oleh tubuh. Terapi dilaksanakan kurang lebih 5-10 menit. Setelah mendapat terapi klien masih tetap diawasi tanda vitalnya hingga ditentukan stabil oleh dokter.

6. Bagaimana bila Terapi ECT sudah Selesai?

Setelah klien selesai menjalani terapi ECT maka depresi yang dialami klien akan dapat diberkurang hingga hilang. Pada beberapa kasus penggunaan obat anti-depresan akan diberikan untuk mengontrol kekambuhan penyakit klien. Berbagai konseling juga akan tetap diberikan untuk mengetahui bagaimana perasaan klien dan mencegah kekambuhan.

I. Farmakoterapi

Sejumlah struktur kimia telah banyak dikaitkan dengan sifat-sifat obat antipsikosis yang diklasifikasikan menjadi:

1) Derivat Phenothiazine: Ketiga subfamili phenothiazine yang terutama berdasarkan pada rantai samping molekul, dahulu merupakan antipsikosis yang paling banyak digunakan. Derivat alifatik (misalnya chlorpromazine) dan turunan piperidine (misalnya thioridazine) merupakan obat-obat yang paling rendah potensinya. Derivate piperazine sangat poten pada kesadaran dan efektif pada dosis rendah. Derivat piperazine juga sedikit efektif pada efek farmakologis mereka.
2) Derivat Thioxantene: Kelompok obat ini terutamanya diwakili oleh thiothixene. Pada umumnya, campuran ini lebih kecil potensinya dibandingkan dengan analog phenothoazine-nya.
3) Derivat Butyrophenon: kelompok ini, dimana haloperidol paling banyak digunakan, mempunyai struktur yang sangat berbeda dari kedua kelompok pertama. Diphenylbutylpiperidine adalah senyawa yang paling erat kaitannya. Obat-obat ini cenderung lebih poten dan memiliki sedikit efek otonomis.

4) Struktur lainnya: Obat-obat terbaru, Antipsikosis Generasi II yang tidak semuanya tersedia di Amerika Serikat, memiliki beragam struktur dan mencakup pimozide, molindone, loxapine, clozapine, olanzapine, sertindole, dan zaiprasidone.

1. Absorpsi dan Distribusi

Kebanyakan obat antipsikosis dapat diabsorpsi namun tidak sepenuhnya terabsorpsi. Terlebih lagi, banyak dari obat-obat ini mengalami metabolisme lintas pertama yang signifikan. Karena itu, dosis oral chlorpromazine dan thioridazine memiliki availibilitas sistemik 25% - 35% sedangkan haloperidol, yang paling sedikit dimetabolisme tubuh mempunyai availibilitas sekitar 65%.

Kebanyakan antipsikosis mempunyai sifat kelarutan lipid tinggi dan ikatan protein tinggi (92%-99%). Mereka mempunyai volume distribusi yang besar (biasanya >7 L/kG). Mungkin oleh karena obat-obatan tersebut cenderung tersebar dibagian-bagian lipid tubuh dan memiliki afinitas yang amat tinggi pada reseptor neurotransmitter tertentu pada sistem saraf pusat, obat-obat tersebut umumnya mempunyai masa kerja klinis yang lebih lama daripada yang diperkirakan dari waktu plasmanya. Metabolit chlorpromazine dapat dieksresi di dalam urine beberapa minggu sesudah pemberian dosis terakhir pada penggunaan kronis. Selain itu, kekambuhan tidak akan terjadi sampai enam minggu atau lebih setelah berhentinya pemberian obat-obat antipsikosis.

2. Metabolisme

Kebanyakan antipsikosis dimetabolisme hampir lengkap melalui serangkaian proses. Meskipun beberapa metabolit tetap aktif, misalnya 7-hydroxichlorpromazine dan haloperidol yang tereduksi, mereka kurang dianggap penting tehadap daya kerja obat-obat ini. Satu-satunya pengecualian adalah mesoriadzine, metabolite thioriadzine yang utama, yang lebih poten dari komponen aslinya dan lebih banyak menimbulkan efek. Komponen ini telah banyak dijual sebagi unsure terpisah.

3. Eksresi

Sedikit sekali dari obat ini yang dieksresikan tanpa ada perubahan, karena obat-obat tersebut hampir sepenuhnya dimetabolisme menjadi substansi yang lebih polar. Waktu eliminasinya beragam, dari 10 sampai 24 jam.

4. Efek Farmakologis

Obat-obat antipsikosis phenothiazine yang pertama, dengan chlorpromazine sebagai prototipenya, terbukti memiliki serangkaian efek-efek sistem saraf pusat, otonom, dan endokrin yang beragam. Aksi ini diakibatkan oleh efek penyekatan yang kuat pada sistem

reseptor. Reseptor tersebut termasuk dopamine dan adrenoreseptor-alpha, muskarinik, histamine H1,dan serotonin (5-HT2). Dari reseptor-reseptor ini, efek reseptor dopamine segera menjadi focus utama minat penelitian

1. Sistem Dopaminergik

   Sampai tahun 1959, dopamine belum dianggap sebagi neurotransmitter didalam sistem saraf pusat melainkan sebagai precursor norepinephrin. Lima sistem atau alur penting dopaminergik telah diketahui pada otak. Sistem pertama yang paling terkait dengan perilaku adalah mesolimbi-meokortikal, yang berawal dari badan-badan sel dekat substantia nigra menuju sistem limbic dan neokorteks. Sistem yang kedua alur nigrostriatal –terdiri dari neuron-neuron yang berawal dari substantia nigra ke nucleus kaudatus dan putamen; yang berperan dalam koordinasi pergerakan dibawah kesadaran. Sistem ketiga –sistem tuberoinfundibuler- menghubungkan nukelus arkuatus dan neuron preifentrikuler ke hipotalamus dan pituitary posterior. Dopamine yang dirilis oleh neuron-neuron ini secara fisiologis menghambat sekresi prolactin. Sistem dopaminergik keempat- alur medulari-periventrikuler- terdiri dari neuron-neuron di nucleus dari vagus yang proyeksi tidak diterangkan dengan jelas. Sistem ini mungkin berperan dalam perilaku makan. Sistem kelima –alur insertohipotalamus- membentuk hubungan didalam hipotalamus dan dengan nucleus septum lateralis. Fungsinya belum diketahui.

2. Reseptor Dopamine dan Efeknya

   Saat ini, lima reseptor dopamine yang berbeda telah dijabarkan, terdiri dari dua famili yang terpisah, yaitu kelompok reseptor mirip D1 dan mirip D2. Reseptor D1 ditandai dengan sebuah gen pada kromosom 5, peningkatan cAMP dengan mengaktifkan adenylyl cyclase, dan berlokasi terutama diputamen, nukelus accumben, dan tuberkel olfaktorius. Anggota kedua dari famili ini, D2,yang ditandai oleh sebuah gen pada kromosom 4, juga meningkatkan cAMP, dan ditemukan di hipokampus dan hipotalamus. Potensi terapeutik obat-obat antipsikosis tidak berkaitan dengan afinitasnya dalam mengikat D1. Reseptor D2, yang ditandai dengan kromosom 11, diperkirakan dapat menurunkan cAMP (dengan menghambat adenylyl cyclase) dan menyakat kanal kalsium. Reseptor tersebut ditemukan, baik pada pra- maupun pascasinaps neuron-neuron di putamen kaudatus, nucleus accumben, dan tuberkel olfaktorius. Anggota kedua dari famili ini, reseptor D3, yang ditandai oleh sebuah gen pada kromosom 11, diperkirakan dapat juga menurunkan cAMP, dan berlokasi di korteks frontalis, medulla, dan otak tengah. Reseptor D4, anggota terbaru famili "mirip D2" juga menurunkan cAMP. Semua reseptor dopamine mempunyai domain tujuh-transmembran dan terhubung dengan protein G. Aktifasi reseptor D2 oleh sejumlah agonis langsung dan tak langsung (misalnya levodopa amphetamine, apomorphin) menyebabkan meningkatnya aktifitas motorik dan perilaku stereotipe pada tikus, model percobaan yang telah banyak digunakan untuk skreening obat antipsikosis. Saat diberikan pada manusia, obat yang sama akan mengakibatkan skizofrenia. Obat-obat antipsikosis tersebut menyatakan reseptor

D2 secara stereoselektif, pada sebagian lokasi, dan afinitas ikatannya sangat kuat, ini mempunyai korelasi dengan potensi klinis antipsikosis dan ekstrapiramidal, suatu observasi memancing banyaknya studi mengenai ikatan reseptor.Tidaklah mungkin untuk menunjukkan bahwa antagonis reseptor dopamine selain reseptor D2 mempunyai peranaan terhadap obat-obat antipsikosis. Antagonis reseptor D3 yang selektif masih belum tersedia. Sedangkan antagonis reseptor D1 yang spesifik telah dikembangkan, dan setidaknya hanya 1 yang terbukti gagal dalam percobaan klinis. Usaha-usaha untuk menemukan efek antagonisme D4 selama ini menemukan jalan buntu. Partisipasi glutamate, GABA, dan reseptor achetilcolin didalam patofisiologi skizofrenia juga telah dilaporkan. Obat- obat yang menjadi target didalam sistem glutamatergic dan colinergic baru merupakan awal untuk dievaluasi didalam skizofrenia.

J. Perbedaan Diantara Obat Antipsikosis

Walaupun semua obat antipsikosis efektif menyakat reseptor D2, kekuatan penyakatan yang berkaitan dengan daya kerja lain resdeptor tersebut berbeda pada masing-masing obat. Sejumlah eksperimen terhadap ikatan reseptor- ligan telah dilakukan untuk menemukan satu kerja reseptor yang dapat memprediksi efikasi obat-obat antipsikosis. Misalnya, studi invitro tentang ikatan menunukkan bahwa Chlorpromazine dan Thioridazine ternyata lebih efektif dalam menyakat α-1-adrenoseptor dari pada reseptor D2 . kedua unsur tersebut juga relatif kuat menyakat reseptor 5-HT2 . bagaimanapun juga, afinitas reseptor D1, sebagaimana diukur dengan penggantian ligan D1, selektif, SCH23390 relatif lemah. Obat-obat seperti perpenazine dan haluperidol bekerja lebih banyak pada reseptor D2; dan memeberikan efek terhadap 5-HT2 dan reseptor α-1, tetapi tak begitu berpengaruh terhadap reseptor D1. pimozide bekerja secara ekslusif pada resptor D2. clozapine antipsikosis atipikal, yang menujukkan perbedaan klinis yang jelas dari yang lainnya, lebih mengikat D4 , 5-HT2, α-1, dan reseptor histamine H1,daripada reseptor D2 dan D1. Risperidone hampir sama kuatnya dalam menyakat D2 dan reseptor 5-HT2. Obat yang baru-baru ini diperkenalkan, olanzapine, ternyata lebih poten sebagai antagonis reseptor 5-HT2, dengan potensi yang lebih sedikit dan hampir sama pada reseptor D1,D2,dan α.

Serpindole lebih poten sebagai antagonis 5-HT2 dan relatif poten sebagai antagonis D2 dan α-1. Kesimpulan yang sederhana dari eksperimen tersebut: Chlorpromazine α1 = 5-HT2 > D2 > D1 Haloperidol: D2 > D1 = D4 > α1 > 5-HT2 Dari penjelasan diatas, tampak bahwa pengikatan reseptor D1, tersebut paling sedikit kemungkinannya untuk diprediksi manfaat klinisnya, tetapi afinitas reseptor lain yang paling sulit untuk diinterpretasi. Penelitian baru-baru ini dilakukan untuk mengetahui senyawa antipsikosis atipikal yang lebih selektif terhadap sistem mesolimbik (untuk mengurangi efek-efeknya pada sistem ekstrapiramidal) atau memberi efek pada reseptor neurotransmitter pusat- seperti pada asetlkolin dan asam amino eksitatorik- yang masih belum diajukan sebagai target kerja obat-obat antipsikosis.

1. Efek-Efek Psikologis

Kebanyakan obat-obat antipsikosis mengakibatkan efek subyektif dan tidak menyenangkan pada pasien non-psikosis; kombinasi rasa kantuk, lelah, dan efek otonom yang menimbulkan pengalaman tidak seperti yang dikaitkan dengan sedativa atau hipnotika yang lebih dikenal. Pasien non-psikosis juga akan mengalami gangguan performa sebagaimana ditunjukkan oleh tes-tes psikomotor dan psikometrik. Akan tetapi, pasien psikosis kemungkinan menunjukkan tingkatan dalam hal performa saat tingkat psikosisnya diturunkan.

2. Efek-Efek Neurofisiologis

Obat-obat antipsikosis mengakibatkan pergeseran pola frekuensi elektroensefalografi, biasanya menurunkan frekuensi dan meningkatkan sinkronisasinya. Penurunan (hipersinkronisasi) tersebut fokal atau unilateral, yang dapat mengarah kepada interpretasi diagnosis yang salah. Perubahan perubahan amplitudo dan frekuensi yang diakibatkan oleh obat-obat psikotropika sudah jelas tampak dan dapat dihitung dengan teknik elektrofisiologis yang canggih Perubahan ensefalografi yang berkaitan dengan obat-obat antipsikosis pertama kali tampak pada elektroda suportikal, dan mendukung asumsi kalau obat-obat tersebut bekerja lebih banyak pada daerah subkortikal. Hipersinkronisasi yang ditimbulkan oleh obat-obat ini dapat berakibat pada pengaktifan EEG pada pasien epilepsi, dan juga mengakibatkan kelumpuhan diwaktu-waktu tertentu pada pasien yang tidak pernah mengalami kelumpuhan sebelumnya.

3. Efek-Efek Endokrin

Obat-obat antipsikosis menimbulkan efek-efek yang tidak diinginkan pada sistem reproduksi. Amenore –galaktore, tes kehamilan yang salah (false positif), dan peningkatan libido dilaporkan telah terjadi. Pada wanita, sedangkan pada pria penurunan libido dan ginekomasti. Beberapa dampak bersifat sekunder dala menyakat penghambatan tonik dopamine pada sekresi prolaktin; yang lainnya mungkin berhubungan kepada konfersi perifer androgen ke estrogen. Sedikit atau tidak ada peningkatan sama sekali pada produksi prolaktin sesudah pemberian sejumlah antipsikosis terbaru seperti: olanzapine, guethiapine, dan sertindole, bisa menjadi tanda berkurangnya antagonisme D2 wsehingga mengurangi resiko disfungsi sistem ekstrapiramidal dan diskinesia tardiff, serta disfungsi endokrin.

4. Efek-Efek Kardiovaskuler

Hipotensi orthostatik dan denyut nadi tinggi seringkli ditimbulkan oleh peggunaan phenothiazine(potensi rendah)kemudian ” dosis tinggi”. Tekanan arteri rata-rata, resistensi perifer, dan volume sekuncup menurun, dan denyut nadi meningkat. Efek-efek ii dapat

diprediksi dari daya kerja otonom obat-obat ini. ECG yang abnormal telah dicatat, khususnya dengan Thioridazine. Perubahan perubahan tersebut mencakup perpanjangan interval QT dan konfigurasi abnormal dari unsur ST dan gelombang T. Gelombang tersebut melingkar, mendatar, atau tidak rata. Perubahan ini dapat dibalik dengan hanya menghentikan obat-obat terebut. Diantara obat-obat antipsikosis terbaru, perpanjangan interval QT atau QTC- dengan peningkatan resiko aritmia yang berbahaya- sudah begitu mengkhawatirkan sen=hingga ssertindole merupakan obat pertama yang ditarik dari pasaran menunggu evaluasi selanjutnya. Sedangkan ziprasidone masih dipelajari lebih lanjut sebelum diambil keputusan yang final. Untuk mengesampingkan bermakna klinis QTc.

K. Pengaturan Dosis

Dalam pengaturan dosis perlu mempertimbangkan:

a) Onset efek primer (efek klinis): sekitar 2-4 minggu
b) Onset efek sekunder (efek samping): sekitar 2-6 jam
c) Waktu paruh: 12-14 jam (pemberian obat 1-2 x/hari).
d) Dosis pagi dan malam dapat berbeda untuk mengurangi dampak dari efek samping (dosis pagi kecil, dosis malam lebih besar) sehingga tidak begitu mengganggu kualitas hidup pasien.

Mulai dengan ”dosis awal” sampai sesuai dengan ”dosis anjuran”, dinaikkan setiap 2-3 hari mencapai ”dosis efektif ”(mulai timbul peredaran sindrompsikosis)”dosis optimal” dievaluasi setiap 2 minggu dan bila perlu dinaikkan diturunkan setiap 2 dipertahankan sekitar 8-12 minggu (stabilisasi) dipertahankan 6 bulan – 2 tahun ”dosis maintenance” minggu Tappering off (dosis (diselingi ”drug holiday” 1-2 hari/minggu) Stop. diturunkan setiap 2-4 minggu)

L. Lama Pemberian

Untuk pasien dengan serangan sindrom psikosis yang “multi episode”, terapi pemeliharaan (maintenance) diberikan paling sedikit selama 5 tahun, pemberian yang cukup lama ini dapat menurunkan derajat kekambuhan 2,5-5 kali Efek obat antipsikosis secara relatif berlangsung lama, sampai beberapa hari setelah dosis terakhir. Masih mempunyai efek klinis. Sehingga tidak langsung menimbulkan kekambuhan setelah obat dihentikan, biasanya 1 bulan kemudian baru gejala psikosis kambuh kembali. Hal tersebut disebabkann metabolisme dan eksresi obat sangat lambat, metabolit-metabolit masih mempunyai efek antipsikosis. Pada umumnya pemberian antipsikosiss sebaiknya dipertahankan selama 3 bulan sampai 3 tahun setelah semua gejala psikosis mereda sama sekali. Untuk “psikosis reaktif singkat” penurunan obat secara bertahap setelah hilangnya dalam gejala kurun waktu 2 minggu sampai 2 bulan. Obat antipsikosis tidak meimbulkan gejala lepas obatyang hebat walaupun diberikan dalam jangka waktu lama, sehingga potensi ketergantungan obat kecil sekali.

Pada penghentian yang mendadak yang dapat timbul " kolinergik rebound": gangguan lambung, mual, muntah, diare, pusing, gemetar, dll. Keadaan ini akan mereda dengan pemberian " antikolinergic agent" (injeksi sulfas atropin 0,25mg IM), tablet trihexylphenidil (3x2mg/hari) oleh karena itu pada penggunaan bersama obat antipsikosis plus antiparkinson, bila sudah tiba waktu penghentian obat, obat antipsikosis dihentikan lebih dahulu, baru meyusul obat antiparkinson.

M. Pemakaian Khusus

Thioridazine dosis kecil sering digunakan untuk pasien anak dengan hiperaktif, emosional labil, dan perilaku destruktif. Juga sering digunakan pada pasien usia lanjut dengan gangguan emosional (anxietas, depresi, agitasi) dengan dosis 20-200mg/hari. Hal ini disebabkan thioridazine lebih cenderung ke blokade reseptor dopamine disistem limbik daripada disistem ekstrapiramidal pada SSP (sebalinkya dari haluperidol) Haluperidol dosis kecil untuk "Gilles de la tourette's syndrome" sangat efektif. Gangguan ini biasanya timbul mulai antara umur 2-15 tahun. Terdapat gerakan-gerakn involunter, berulang, cepat, dan tanpa tujuan, yang melibatkan banyak kelompok otot (tics). Disertai tics fokal yang multipel (misalnya, suara klik, dengusan, batuk, menggeram, menyalak, atau kata-kata kotor/ koprolalia). Pasien mampu menahan tics secara volunter selama beberapa menit sampai beberapa jam. Sindrom neuroleptik maligna (SNM) merupakan kondisi yang mengancam kehidupan akibat reaksi idiosinkrasi terhadap obat antipsikosis (khususnya pada long acting) dimana resiko ini lebih besar). Semua pasien yang diberikan obat antipsikosis mempunyai resiko untuk terjadinya SNM tetapi dengan kondisi dehidrasi, kelelahan, atau malnutrisi, resiko ini akan menjadi lebih tinggi.

Sindrom neuroleptik maligna (SNM) sebagai berikut:

1. Suhu badan >380C (hiperpireksia)
2. Terdapat sindrom ekstrapiramidal berat (rigidity)
3. Terdapat gejala disfungsi otonomik (incontinensia urine)
4. Perubahan status mental
5. Perubahan tingkat kesadaran
6. Gejala tersebut timbul dan berkembang dengan cepat.

Bila terjadi gejala diatas, hentikan segera obat antipsikosis dan berikan perawatan supportif. Obat dopamin agonis (bromokriptin 7,5 – 60 mg/hari 3dd1, L-dopa 2 x 100 mg/hari atau amantadine 200 mg/hari)Pada pasien usia lanjut atau dengan sindrom psikosis organik, obat antipsikosis diberikan dalam dosis kecil dan minimal efek samping otonomik (hipotensi orthostatik) dan sedasinya yaitu golongan "high potency neuroleptic", misalnya haloperidol, trifluoperazine, flufenazine, antipsikosis atipikal. Penggunaan pada wanita hamil, beresiko tinggi anak yang dilahirkan penderita gangguan saraf ekstrapiramidal.

N. Peran Perawat dalam Terapi Psikofarmaka

Peran perawat dalam pemberian obat sangat dibutuhkan karena pasien gangguan jiwa daya tilik dirinya rendah, merasa tidak sakit dan merasa tidak ada masalah. Permasalahan saat pemberian obat adalah menolak, disembur-semburkan dan hanya disimpan.
Perlu intervensi keperawatan untuk kasus khusus dalam pemberian obat:

1) Pemberian obat pada klien curiga
   a. yakinkan bahwa obat bermanfaat
   b. jujur
   c. kontrol perilaku perawat secara verbal dan nonverbal agar klien yakin
   d. bila ada perubahan dosis harus didiskusikan dengan klien
   e. setelah obat diminum, klien diajak bicara untuk memastikan obat sudah diminum
2) Klien bunuh diri
   a. Klien menolak obat; perawat tidak boleh putus asa
   b. Beri perhatian dan motivasi keinginan untuk tetap hidup
   c. Tingkatkan harga diri
   d. Integrasikan dengan asuhan keperawatan
3) Klien dengan ketergantungan obat
   a. Obat merupakan penyelesaian masalah
   b. Yakinkan bahwa obat bukan segalanya untuk mengatasi masalah
   c. Jelaskan manfaat dan efek samping obat

Jenis-jenis obat psikotropika yang harus diketahui perawat:

1) Obat jenis haloperidol
   a) Fungsi: menghambat gerakan tak terkendali
   b) Efek samping; spasme otot, sindrom parkinson
   c) Tindakan keperawatan;
      a. observasi perilaku
      b. dukung, beri rasa aman
      c. kolaborasi (dopamin utk mengatasi parkinson, anti spasme otot)
2) Golongan Fenobiazin
   Efek terapi; anti psikotik, anti emetik
   a) Efek samping; hipertensi ortostatik dan konstipasi
      Tindakan keperawatan:
      a. Mencegah konstipasi; observasi bising usus,diet tinggi serat, tingkatkan cairan dan aktivitas
      b. Monitor tekanan darah
3) Trihexy phenidol
   a) Obat untuk mengatasi efek ekstra piramidal
   b) Efek terapi; relaksasi otot polos dan anti spasmodik

c) Efek samping;
   a. mulut kering
   b. pusing, pandangan kabur
   c. insomnia
   d. konstipasi dan retensi urin
d) Dapat diberikan sebelum/sesudah makan
e) Anjurkan berkumur
f) Jika terjadi retensi urin sebaiknya BAK sebelum minum obat.
g) Anjurkan tidak melakukan pekerjaan yang membutuhkan konsentrasi dan

Unit 8

PANDUAN PRAKTEK KEPERAWATAN JIWA

a. Pengantar Praktek Keperawatan Jiwa

b. Pengkajian Asuhan Keperawatan Jiwa

c. Format Asuhan Keperawatan Jiwa

d. Format Evaluasi Praktek Keperawatan Jiwa

BAB 30

Panduan Praktik Keperawatan Jiwa

A. Latar Belakang

Praktik klinik keperawatan adalah suatu bentuk aplikatif dari mata ajar yang telah dipelajari mahasiswa selama dikelas. Praktik ini merupakan bagian dari sosialisasi profesi yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk layanan bio - psiko - sosio - spiritual yang komprehensip dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan. Praktik klinik keperawatan di rumah sakit bagi peserta didik, merupakan proses sosialisasi keprofesian, sehingga akan mampu menyumbangkan kemampuan bagi perkembangan kebutuhan profesionalismenya.

Praktik klinik keperawatan ini merupakan kegiatan belajar studi kasus yang akan memungkinkan peserta didik memperoleh kesempatan untuk melaksanakan praktik pada situasi sebenarnya/tatanan nyata. Peserta didik diberi kesempatan mengaplikasikan mata ajar keperawatan jiwa yang diperoleh selama mengikuti pendidikan perkuliahan, serta menerapkan ketrampilan berkomunikasi dan terapi modalitas keperawatan jiwa yang telah disimulasikan di laboratorium kelas.

Praktik klinik ini menekankan pada proses keperawatan kesehatan jiwa sebagai pendekatan dalam mengkaji perilaku manusia dari berbagai segi pandangan dan tindakan keperawatan jiwa yang berakar pada kemampuan komunikasi terapeutik yang ditujukan pada perorangan maupun kelompok dilingkungan pasien/klien dengan gangguan mental dari masalah yang sederhana sampai masalah yang komplek secara tuntas, baik yang bersifat promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, sesuai batas kewenangan, tanggung jawab dan kemampuannya serta berlandaskan etika profesi keperawatan.

B. Tujuan

1. Umum

Setelah melaksanakan praktik klinik keperawatan diharapkan peserta didik mampu menerapkan proses keperawatan dalam memenuhi kebutuhan klien dengan masalah mental psikiatri.

2. Khusus

Peserta didik diharapkan mampu:

1. Melakukan pengkajian pada kasus gangguan berhubungan social, perilaku kekerasan, gangguan alam perasaan, perubahan proses pikir, perubahan persepsi sensori dan gangguan konsep diri.
2. Mampu melakukan pengkajian pada gangguan kesehatan jiwa berdasar kelompok umur anak, remaja, dewasa, dan lanjut usia.
3. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan sesuai dengan masalah keperawatan jiwa terkait.
4. Mampu merencanakan tindakan keperawatan pada klien sesuai dengan permasalahan yang dialami.
5. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada klien gangguan kesehatan jiwa meliputi komunikasi terapeutik dan analisa proses interaksi , terapi modalitas, persiapan ECT, rehabilitasi mental, membantu dalam pengobatan psikofarmaka, dan penyuluhan kesehatan jiwa bagi klien dan keluarga.

C. Kompetensi

Adapun kompetensi yang harus dicapai mahasiswa adalah:

1. Memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif pada kasus:
   a. Gangguan jiwa pada anak dan remaja
   b. Gangguan Hubungan social
   c. Perubahan persepsi sensori (Halusinasi)
   d. Gangguan konsep diri
   e. Perilaku kekerasan
   f. Perubahan proses piker (Waham)
   g. Gangguan jiwa pada usia lanjut
   h. Penyalahgunaan NAPZA
   i. Kegawatdaruratan psikiatri
2. Merencanakan dan Melaksanakan ketrampilan memberikan asuhan keperawatan:
   a. Komunikasi terapeutik keperawatan
   b. Analisa proses Interaksi Perawat-Klien

c. Terapi modalitas keperawatan seperti:
   - Terapi Aktifitas Kelompok (TAK)
   - Terapi Lingkungan
   - Rehabilitasi Mental
   - Perawatan *Electro Convulsy Teraphy* (ECT)
   - Kolaborasi terapi
   - Psikofarmaka

d. Managemen Perilaku Kekerasan (MPK)

e. Pendidikan kesehatan bagi klien dan keluarga (PKMRS)

3. Mengikuti dan aktif dalam kegiatan *case conference* dan seminar kasus.

D. Metode Belajar

1. Setiap mahasiswa dalam dua minggu praktik dengan 9 jam perhari diharapkan mendapatkan satu klien untuk dibuat asuhan keperawatan.
2. Dalam dua minggu praktik, mahasiswa mengikuti jadwal praktik yang meliputi dinas di ruangan, poli kesehatan jiwa, UGD, ECT, dan rehabilitasi mental sesuai yang jadwal yang telah ditentukan.
3. Mengikuti semua kegiatan diruangan dan kegiatan lain kesehatan jiwa yang telah dijadualkan untuk menambah pengetahuan dan pengalaman praktik.
4. Mengikuti *case conference* di ruangan masing-masing setiap hari dan mengikuti seminar kasus di akhir praktik.
5. Melaksanakan kolaborasi dengan team kesehatan lain dalam upaya pencapaian asuhan keperawatan yang optimal.
6. Melaksanakan dan mengisi buku ketrampilan kompetensi yang selalu dibawa mahasiswa selama praktik.

E. Tugas Praktikan

1. Ruang Rawat Inap
   1. Melakukan asuhan keperawatan pada klien rawat inap
   2. Membuat laporan pendahuluan (LP)
   3. Menyerahkan LP ke pembimbing klinik atau pendidikan untuk *Preconference* pada Hari Senin untuk penentuan satu kasus kelolaan dan satu kasus resume dengan disertai format penilaian dan map berwarna biru
   4. Membuat strategi pelaksanaan (SP) setiap hari pada kasus kelolaan
   5. Membuat laporan kasus kelolaan lengkap (pengkajian, analisa data, pohon masalah, diagnosa keperawatan, implementasi dan evaluasi).
      Dikumpulkan setiap maksimal hari Sabtu minggu kedua ke pembimbing klinik dan pendidikan.

6. Membuat laporan kasus resume diserahkan kepembimbing klinik dan pendidikan.
7. Membuat proposal terapi aktifitas kelompok (TAK) dan dikonsulkan pada pembimbing klinik atau kelompok minimal dua hari sebelum pelaksanaan. Lalu melakukan TAK sesuai dengan jadwal yang direncanakan.
8. Membuat proposal dan melakukan kunjungan rumah satu kali pada kasus kelolaan dengan persetujuan pembimbing pendidikan dan klinik serta membuat laporan kunjungan rumah.
9. Seminar kasus kelolaan kelompok

2. Unit Gawat Darurat
   a. Melakukan asuhan keperawatan klien gawat darurat
   b. Membuat laporan pendahuluan dan diserahkan kepembimbing klinik untuk prekonference disertai format penilaian .
   c. Membuat laporan kelolaan satu klien selama PBK
   d. Laporan dikumpukan kepembimbing klinik dan pembimbing akademik pada hari berikutnya setelah PBK dengan disertai format penilaian
3. Instalasi Rawat Jalan
   a. Melakukan asuhan keperawaan pada klien dengan rawat jalan
   b. Membuat laporan pendahuluan (LP)
   c. Menyerahkan LP ke pembimbing klinik untuk *preconference* dan disetujui sebelum PBK dengan disertai format penilaian
   d. Membuat laporan kasus kelolaan satu klien selama PBK
   e. Laporan dikumpulkan pada pembimbing klinik dan akademik pada hari berikutnya setelah PBK dengan disertai format penilaian

F. Bimbingan

1. Preconference LP di hari pertama praktik
2. Conference dan postconference setiap hari
3. Case conference setiap hari praktek
4. Strategi Pelaksanaan (SP) komunikasi setiap hari
5. Semua tugas ditulis tangan dan dikumpulkan pada hari sabtu minggu kedua praktik dan paling lambat 2 hari sesudahnya.

Prosedur Kerja:

1. Pre Conference

Pre conference dilakukan pada hari hari pertarna .

Tujuan:

Menilai kesiapan peserta didik dalam menghadapi dan memberikan asuhan keperawatan kepada klien baik dalam aspek pengkajian, perencanaan dan pelaksanaan untuk memenuhi kebutuhan dasar klien.

Hal-hal yang dijelaskan

a. Karakteristik ruang rawat , staf dan tim pelayanan kesehatan lain dimana para mahasiswa akan ditempatkan.
b. Tujuan keberadaan mahasiswa di tempat praktik.
c. Perilaku mahasiswa yang diharapkan sesual dengan obyektif dan falsafah praktik klinik keperawatan.
d. Waktu dan tempat dimana mahasiswa dapat menemui pembimbing klinik apabila menemui kesulitan baik teknik maupun interpersonal.
e. Mengkaji kembali kesiapan mahasiswa untuk menjalankan praktik klinik.
f. Mengingatkan mahasiswa untuk membawa perlengkapan dasar.

2. Conference

Dilakukan selama mahasiswa menjalankan praktik dengan metode bed side teaching.

3. Post Conference/Ujian

Dilakukan segera setelah praktik dengan Tujuan:

- Menilai kemampuan mahasiswa dalam mengevaluasi perkembangan klien.
- Menilai kemampuan mahasiswa dalam menyiapkan praktik selama rotasi diruangan.
- Menilai perkembangan kemampuan melaksanakan asuhan keperawatan.

Kegiatan berdiskusi kelompok:

- Membahas tingkat pencapaian tujuan praktik klinik pada harl itu.
- Kendala yang dihadapi dan cara mengatasinya

G. Evaluasi

Penilaian diambil dari pembimbing ruangan dan pembimbing institusi pendidikan.

1. Evaluasi struktur
   - Mahasiswa dapat melaksanakan praktik di ruangan sesuai dengan target
   - Alat yang mendukung pelaksanaan praktik mahasiswa tersedia di ruangan.

2. Evaluasi proses
   - Kehadiran mahasiswa dalam praktik klinik 100%, Apabila:
     - Meninggalkan praktik karena sakit dengan surat keterangan dari dokter < 25 % mengganti sejumlah hari yang ditinggalkan.
     - Meninggalkan praktik karena ijin dengan keperluan Lain (25 %) harus mengganti dari jumlah hari yang ditinggalkan.
     - Meninggalkan praktik/Alpa harus mengganti 2 kali lipat dari jumlah hari yang ditinggalkan.

- Pembimbing klinik dari institusi dan lahan praktik memberikan bimbingan secara efektif terhadap mahasiswa dengan menandatangani kehadiran bimbingan dan berita acara bimbingan.

3. Evaluasi hasil
   Komponen yang dinilai yaitu:

a.	Proses keperawatan	20%
b.	Pre/Post Conference	20%
c.	Seminar Kasus	10%
d.	Terapi Aktifitas Kelompok	10%
e.	LP	10%
f.	SP	10%
g.	Resume askep di UGD, Poliklinik dan Rehabilitasi	10%
h.	Sikap/perilaku	10%

4. Nilai minimal untuk kelulusan adalah 2,75.
   Dengan ketentuan:

a.	80% - 100%	= A
b.	70% - 79%	= B
c.	60% - 69%	= C
	• Kurang dari/sama dengan 59 %	= Tidak dinilai

Koordinator PK Jiwa,

Lilik Ma'rifatul, Skep, Ns, MKes

PENGKAJIAN
KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

Ruang rawat: ..... Tanggal dirawat/MRS: .....

I. **Identitas Klien**

Nama : ….(L/P)
Umur : …….tahun
Nomor CM: ……..

II. **Alasan Masuk**

…….....

Tanyakan kepada klien/keluarga/pihak yang berkaitan dan tuliskan hasilnya, apa yang menyebabkan klien datang kerumah sakit? apa yang sudah dilakukan oleh klien/keluarga sebelumnya atau dirumah untuk mengatasi masalah ini dan bagaimana hasilnya?

III. **Faktor Predisposisi**

1. Pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu?
   ☐ Ya ☐ Tidak

2. Pengobatan sebelumnya:
   ☐ Berhasil ☐ Kurang berhasil ☐ Tidak berhasil

3. Trauma**:**

Jenis Trauma	Usia	Pelaku	Korban	Saksi
Aniaya Fisik	tahun			
Aniaya seksual	tahun			
Penolakan	tahun			
Kekerasan dalam keluarga	tahun			
Tindakan kriminal	tahun			
Lain - lain	tahun			

Jelaskan No 1,2,3: .....

*Bila klien pernah (ya), bagaimana hasil pengobatan sebelumnya (**Berhasil** bilamana klien bisa beradaptasi dimasyarakat tanpa gejala-gejala gangguan jiwa, **Kurang Berhasil** bilamana klien bisa beradaptasi tapi masih ada gejala-gejala sisa dan **Tidak Berhasil** bilamana klien ada kemajuan/gejala menetap/ bahkan gejala semakin bertambah parah).*

Diagnosa Keperawatan:
- ☐ Perubahan pertumbuhan dan perkembangan
- ☐ sindroma trauma perkosaan
- ☐ Berduka antisipasi
- ☐ Risiko tinggi kekerasan
- ☐ Berduka disfungsional
- ☐ Respon pasca trauma

4. Anggota keluarga yang gangguan jiwa?
   ☐ Ada ☐ Tidak ada
   Bila ada : Hubungan keluarga : .....
   Gejala : .....
   Riwayat pengobatan: .....

Diagnosa Keperawatan:
- ☐ Koping keluarga tidak efektif: ketidakmampuan
- ☐ Koping keluarga tidak efektif: Kompromi
- ☐ dan lain-lain jelaskan ...

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan? .....
   *Apakah ada pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan (seperti kegagalan, perpisahan, kematian, trauma) selama tumbuh kembang yang pernah dialami klien sepanjang hidupnya***.**

Diagnosa Keperawatan:
- ☐ Perubahan pertumbuhan dan perkembangan
- ☐ Berduka disfungsional
- ☐ Berduka antisipasi
- ☐ Respon pasca trauma

IV. PEMERIKSAAN FISIK

1. Tanda vital : TD: .... /mmHg N: ....x/mnt S: ……*C P: ….x/mnt
2. Ukuran : Berat Badan (BB): ……Kg. Tinggi Badan (TB): .....cm
3. Keluhan fisik: ☐ Tidak ada ☐ ada, jelaskan .....
   Jelaskan: .....

Diagnosa Keperawatan:
- ☐ Risiko tinggi perubahan suhu tubuh
- ☐ Defisit Volume cairan
- ☐ Perubahan Volume cairan
- ☐ Nyeri
- ☐ Perubahan nutrisi: < kebutuhan tubuh
- ☐ Perubahan nutrisi: > kebutuhan tubuh
- ☐ Perubahan perlindungan
- ☐ Kerusakan integritas jaringan
- ☐ Perubahan membran mukosa
- ☐ Kerusakan integritas kulit
- ☐ .....
- ☐ Perubahan pola eliminasi uri

V. PSIKOSOSIAL

1. **Genogram**:
   a. Gambarkan genogram keluarga klien dengan 3 (tiga) generasi. Adakah keluhan fisik, sakit fisik dan gangguan jiwa yang dialami anggota keluarganya, pernahkah dirawat.

b. Jelaskan klien tinggal dengan siapa dan apa hubungannya. Jelaskan masalah yang terkait dengan komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh keluarga terhadap klien dan anggota keluarga lainnya

Diagnosa Keperawatan:
- ☐ Koping keluarga tidak efektif: ketidakmampuan
- ☐ Koping keluarga tidak efektif:kompromi
- ☐ Koping keluarga: potensi untuk pertumbuhan

2. **Konsep Diri**
   a. Gambaran diri: *bagaimana persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuhnya yang paling disukai dan bagian yang paling tidak disukai.*
   b. Identitas diri: *bagaimana persepsi tentang status dan posisi klien sebelum dirawat, kepuasan klien terhadap status/posisi tersebut, kepuasan klien sebagai laki-laki atau perempuan (gender)*
   c. Peran: *bagaimana harapan klien terhadap tubuhnya, posisi, status, tugas/peran yang diembannya dalam keluarga, kelompok, masyarakat dan bagaimana kemampuan klien dalam melaksanakan tugas/peran tersebut*
   d. Ideal diri: *bagaimana harapan klien terhadap tubuhnya, posisi, status, tugas/peran dan harapan klien terhadap lingkungan (keluarga, sekolah, tempat kerja, lingkungan masyarakat*
   e. Harga diri: *bagaimana persepsi klien terhadap dirinya dalam hubungannya dengan orang lain sesuai dengan kondisi tersebut diatas (nomor 2a, b, c dan d) dan bagaimana penilaian/penghargaan orang lain terhadap diri dan lingkungan klien.*

Diagnosa Keperawatan:
- ☐ Gangguan citra tubuh O Gangguan identitas diri
- ☐ Harga diri rendah situasi O Harga diri rendah kronik
- ☐ Lain-lain, jelaskan .....

3. **Hubungan Sosial**
   a. Orang yang berarti: .....
   b. Peran serta kegiatan kelompok/masyarakat: .....
   c. Hambatan dalam berhbungan dengan orang lain: .....

Siapa orang yang berarti dalam kehidupan klien, tempat mengadu, bicara, minta bantuan atau dukungan baik secara material maupun non-material.

Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat, kelompok sosial apa saja yang diikuti dilingkungannya dan sejauh mana ia terlibat. Hambatan apa saja dalam berhubungan dengan orang lain/kelompok tersebut.

Diagnosa Keperawatan:
- ☐ Kerusakan komunikasi
- ☐ Isolasi sosial
- ☐ Kerusakan interaksi sosial
- ☐ dan lain-lain jelaskan ...

4. **Spiritual:**
   a. Nilai dan keyakinan: .....
   Apa agama dan keyakinan klien/keluarganya. Bagaimana nilai, norma, pandangan dan keyakinan diri klien, keluarga dan masyarakat setempat tentang gangguan jiwa sesuai dengan norma budaya dan agama yang dianutnya

   b. Kegiatan Ibadah: .....
   Kegiatan keagamaan, ibadah dan keyakinan apa saja yang dikerjakan klien dirumah/ lingkungan sekitarnya baik secara individu maupun kelompok, pendapat klien/ keluarga tentang ibadah tersebut.

Diagnosa Keperawatan:
- ☐ Disstress spiritual
- ☐ dan lain-lain jelaskan ...

VI. STATUS MENTAL

1. Penampilan:

☐ Tidak rapi ☐ Penggunaan pakaian tidak sesuai
☐ Cara berpakaian tidak seperti biasanya ☐ Lain-lain, jelaskan .....

Bagaimana penampilan klien dalam hal berpakaian, mandi, makan, toilet training dan pemakaian sarana prasarana atau instrumentasi dalam mendukung penampilan

Diagnosa Keperawatan:
- ☐ Sindroma defisit perawatan diri (makan, mandi, toilet training, instrumentasi)
- ☐ dan lain-lain jelaskan ...

2. Pembicaraan:

☐ Cepat ☐ Keras ☐ Gagap ☐ Inkoherensi
☐ Apatis ☐ lambat ☐ Membisu ☐ Tidak mampu memulai pembicaraan
☐ Lain-lain,jelaskan. .....
Jelaskan: .....

*Cara berbicara digambarkan dalam **frekwensi** (kecepatan, cepat/lambat), **volume** (keras/lembut), jumlah (sedikit, membisu, ditekan) dan **karakternya** (gugup, kata-kata bersambung, aksen tidak wajar).*

Diagnosa Keperawatan:
- ☐ Kerusakan komunikasi
- ☐ Kerusakan kom.verbal
- ☐ dan lain-lain jelaskan ...

3. Aktifitas Motorik

☐ Lesu ☐ Tegang ☐ Gelisah ☐ Agitasi TIK
☐ Grimas ☐ Tremor ☐ Kompulsif ☐ Lain-lain, jelaskan: .....

Jelaskan: .....

*Aktivitas motorik berkenaan dengan gerakan fisik perlu dicatat dalam hal **tingkat aktivitas** (letargik, tegang, gelisah, agitasi), **jenis** (tik, seringai, tremor) dan isyarat tubuh/ mannerisme yang tidak wajar. Jelaskan psikomotor/aktivitas motorik yaitu kelambanan atau peningkatan aktivitas.*

Diagnosa Keperawatan:
- ☐ Risiko tinggi cidera
- ☐ Kerusakan mobilitas fisik
- ☐ Defisit aktivitas deversional
- ☐ Intoleransi aktifitas

4. Afek dan Emosi

a. Afek:
   ☐ Datar ☐ Tumpul ☐ Labil ☐ Tidak sesuai
   ☐ Lain-lain, jelaskan .....
b. Alam perasaan (emosi):
   ☐ Sedih ☐ Ketakutan ☐ Putus asa ☐ Kuatir
   ☐ Gembira ☐ Lain –lain, jelaskan .....

***Afek** adalah nada perasaan yang menyenangkan atau tidak menyenangkan yang menyertai suatu pikiran dan berlangsung relatif lama.*
***Alam perasaan** (**emosi**) adalah manifestasi afek yang ditampilkan/diekspresikan keluar, disertai banyak komponen fisiologis dan berlangsung (waktunya) relatif lebih singkat/ spontan seperti sedih, ketakutan, putus asa, kuatir atau gembira berlebihan*

Adekuat = Afek emosi yang sesuai dengan stimulus
Datar = Tidak ada perubahan roman muka walau ada stimulus
Tumpul = Hanya bereaksi bila ada stimulus emosi yg kuat
Labil = emosi yang cepat berubah-ubah, tanpa suatu pengendalian yang baik

Ambivalensi = afek/emosi yang berlawanan dan timbul secara bersama-sama terhadap seseorang, obyek atau kondisi tertentu
Apati = berkurangnya afek/emosi terhadap hal yang disertai rasa terpencil dan tidak peduli dengan lingkungan sekitarnya.
Marah = permusuhan yang bersifat agresif
Euforia = rasa senang, riang, gembira, bahagia, yang berlebihan yang tidak sesuai dengan keadaan
Kesepian = merasa dirinya ditinggalkan

Diagnosa Keperawatan:
- ☐ Risiko tinggi cidera
- ☐ Kerusakan komunikasi verbal
- ☐ Kerusakan komunikasi
- ☐ Kerusakan interaksi sosial
- ☐ Ansietas
- ☐ ketidakberdayaan

5. Interaksi selama wawancara:

☐ Bermusuhan ☐ Tidak kooperatif ☐ Mudah tersinggung
☐ Kontak mata kurang ☐ Defensif ☐ Curiga
☐ Lain-lain, Jelaskan: .....

Jelaskan keadaan yang ditampilkan klien saat wawancara seperti bermusuhan, tidak kooperatif, mudah tersinggung, kontak mata kurang (tidak mau menatap lawan bicara), Defensif (selalu berusaha mempertahankan pendapat dan kebenaran dirinya) atau curiga (menunjukkan sikap/perasaan tidak percaya pada orang lain).

Diagnosa Keperawatan:
- ☐ Risiko tinggi cidera
- ☐ Risiko tinggi kekerasan
- ☐ Kerusakan komunikasi
- ☐ Kerusakan interaksi sosial
- ☐ Isolasi sosial

6. Persepsi – Sensori:

Apakah ada gangguan:
☐ ada ☐ tidak ada
Halusinasi:
☐ Pendengaran ☐ Penglihatan ☐ Perabaan ☐ Pengecapan ☐ Penghidu
Illusi:
☐ ada ☐ Tidak ada ☐ lain-lain, jelaskan: .....

Jelaskan jenisnya dan isinya (apa yg didengar/dilihat,kenal tidak. Frekuensi terjadinya dalam satu hari, waktu munculnya, situasi, perasaan/respon dan tanda/gejala yang ditampilkan.

Adapun gangguan sensori dan persepsi sbb:

a. *Halusinasi adalah pencerapan tanpa adanya suatu rangsangan (obyek) yang jelas dari luar diri klien terhadap panca indera pada saat klien dalam keadan sadar atau bangun (kesan/pengalaman sensoris yang salah).*
b. *Ilusi adalah gngguan pencerapan yang terjadi dengan adanya suatu rangsangan (obyek) yang jelas/nyata dari luar diri klien pada panca indera pada saat klien dalam keadaan sadar atau bangun.*
c. *Derealisasi yaitu perasaan aneh pada lingkungan, tidak sesuai dengan kenyataan dan semuanya sebagai suatu mimpi.*
d. *Depersonalisasi yaitu perasaan yang aneh/terasing terhadap dirinya sendiri, orang lain atau lingkungan, bagian tubuhnya sudah bukan miliknya lagi atau sudah diluar dirinya (out of body experience).*
e. *Agnosia yaitu ketidakmampuan mengenal atau mengartikan penerapan akibat kerusakan otak.*
f. *Gangguan somatosensorik pada reaksi konversi yang dimanifestasikan secara simbolis dan menggambarkan konflik emosional, gangguan ini dapat berupa Anesthesia (hilangnya indera peraba pada kulit yang tidak sesuai dengan anatomi saraf), Parathesia yaitu berubahnya indera peraba yang tidak sesuai dengan kenyataan. Makropsia (obyek terlihat lebih besar dari obyek yang sebenarnya) atau mikropsia yaitu obyek terlihat lebih kecil dari obyek yang sebenarnya.*

Diagnosa Keperawatan:
☐ Perubahan Persepsi Sensori (pendengaran, penghilatan, perabaan,dll)
☐ dan lain-lain jelaskan ...

7. Proses Pikir:

a. **Proses Pikir (Arus dan Bentuk Pikir)**:

☐ Sirkumtasial ☐ Tangensial ☐ Blocking ☐ Kehilangan asosiasi
☐ Flight of idea ☐ Pengulangan pembicaraan/perseverasi
☐ lain-lain...
jelaskan:……

Proses pikir merujuk pada "bagaimana" ekspresi diri klien. Arus pikir meruntut laju pembicaraan kien, sedang bentuk pikir dari pola pembicaraan klien.

Gangguan arus pikir:

Sirkuntansial (pikiran berputar-putar) yaitu pembicaraan yang berbelit-belit sehingga lama sampai pada tujuan/maksud yang dibicarakan

Tangensial yaitu pembicaraan yang berbelit-belit dan tidak sampai pada tujuan/ maksud
Asosiasi longgar (asosiasi bebas/kehilangan asosiasi) yaitu pembicaraan tidak ada hubungan antar satu kalimat dengan kalimat lainnya
Flight of idea (pikiran melayang) yaitu pembicaraan pada beberapa ide-ide yang melompat-lompat
Perseverasi yaitu pembicaraan yang berulang-ulang pada suatu ide, pikiran dan tema secara berlebihan
Inkoherensi (irrelevansi) yaitu pembicaraan tidak ada hubungannya dengan stimulus/ pertanyaan atau hal-hal yang sedang dibicarakan
Neologisme yaitu membentuk kata-kata/symbol/tanda/kode baru yang tidak dimengerti secara umum
Afasia yaitu ia tidak bisa/sukar mengerti pembicaraan orang lain.

Gangguan bentuk pikir:
Dereistik yaitu bentuk pemikiran tidak sesuai dengan kenyataan yang ada atau tidak mengikuti logika secara umum.
Otistik (autisme) yaitu bentuk pemikiran yang berupa apa yg dalam pikirannya sendiri, hanya memuaskan keinginannya tanpa peduli sekitarnya, menandakan ada distorsi arus asosiasi dalam diri klien.
Nonrealistic yaitu bentuk pemikiran yang sama sekali tidak logis/tidak masuk akal, sama sekali tak berdasarkan kenyataan

b. **Isi Pikir**:

☐ Obsesi	☐ Hipokondria	☐ Depersonalisasi
☐ Pikiran Magis	☐ Ide terkait	

Waham:

☐ Agama	☐ Somatik	☐ Kebesaran
☐ Curiga	☐ Nihilistik	☐ Sisip pikir
☐ Siar pikir	☐ Kontrol Pikir	☐ Lain-lain, jelaskan: .....

Jelaskan: .....

Isi pikir mengacu arti spesifik yang diekspresikan dalam isi pembicaraan klien, merujuk pada apa yang dipikirkan klien. **Gangguan isi pikir***:*
Obsesi yaitu isi pikiran keinginan yg muncul/kokoh/peristen, walaupun klien berusaha menghilangkannya
Fantasi yaitu isi pikiran tentang keadaan/kejadian yang diharapkan/diinginkan sebagai hal-hal yang tidak nyata sebagai pelarian terhadap keinginan yang tidak dapat dipenuhinya.

Hipokondria yaitu isi pikiran yang meyakinkan adanya suatu gangguan pada organ didalam tubuh yang dimanifestasikan dengan keluhan atau sakit secara fisik yang sebenarnya keadaan tersebut tidak pernah terjadi

Depersonalisasi yaitu isi pikiran yang berupa perasaan yang aneh/asing terhadap dirinya sendiri, orang lain atau lingkungan sekitarnya

Ideas of reference (ide yang terkait, pikiran berhubungan) yaitu isi pikiran yang dimanifestasikan dengan keyakinan klien terhadap kejadian yang terjadi dilingkungan sekitarnya

Magical thinking (Pikiran magis) yaitu isi pikiran yang terwujud dengan keyakinan klien tentang dirinya yang mampu melakukan hal-hal yang mustahil dilakukan secara umum atau diluar kemampuannya.

Social isolation (Pikiran isolasi sosial) yaitu isi pikiran yang berupa rasa terisolasi, terkucil dari lingkungan sekitarnya/masyarakat, merasa ditolak, tidak disukai orang lain, dan tidak enak berkumpul dengan orang lain

Preokupasi yaitu isi pikiran yang terpaku pada sebuah ide saja, biasanya berhubungan dengan atau bernada emosional dan sangat kuat

Suicidal thaught/ideation/pikiran bunuh diri yaitu isi pikiran yang dimulai dengan memikirkan usaha bunuh diri

Alienasi/rasa terasing yaitu pikiran/rasa dirinya sudah menjadi lain, berbeda, asing dan aneh

Pikiran rendah diri yaitu pikiran yang merendahkan, menyalahkan, menghinakan dirinya terhadap hal-hal yang pernah dilakukan

Pikiran curiga yaitu pikiran yang berupa tidak percaya/curiga pada orang lain

Phobia/fobi yaitu rasa takut/ketakutan yang patologis/tidak rasional terhadap suatu obyek/situasi/benda tertentu

Waham yaitu keyakinan tentang suatu pikiran yang kokoh/kuat, tidak sesuai dengan kenyataan, tidak cocok dengan intelegensia dan latar belakang budaya, selalu dikemukakan secara berulang-ulang dan berlebihan, biarpun telah dibuktikan kemustahilannya/kesalahannya atau tidak benar secara umum. Jenis waham:

a) *W. agama yaitu keyakinan klien yang bertema tentang agama/kepercayaan yang berlebihan.*
b) *W. somatic/hipokondrik yaitu keyakinan klien terhadap tubuhnya ada sesuatu yang tidak beres, seperti ususnya busuk, otaknya mencair, perutnya ada kuda.*
c) *W. kebesaran yaitu keyakinan klien terhadap suatu kemampuan, kekuatan, pendidikan, kekayaan atau kekuasaan secara luar biasa, seperti " Saya ini ratu adil, nabi, superman dll ".*
d) *W. curiga/kejaran yaitu keyakinan klien terhadap seseorang/kelompok secara berlebihan yang berusaha merugikan, mencederai, mengganggu, mengancam, memata-matai dan membicarakan kejelekan dirinya.*

e) W. nihilistik yaitu keyakinan klien terhadap dirinya/orang lain sudah meninggal/ dunia sudah hancur dan sesuatunya tidak ada apa-apanya lagi.

f) W. dosa yaitu keyakinan klien terhadap dirinya telah/selalu salah/berbuat dosa/ perbuatannya tidak dapat diampuni lagi.

g) W. yang bizar terdiri dari:

1) Sisip pikir yaitu keyakinan klien terhadap suatu pikiran orang lain disisipkan kedalam pikiran dirinya.

2) Siar pikir/broadcasting yaitu keyakinan klien bahwa ide dirinya dipakai oleh/disampaikan kepada orang lain mengetahui apa yang ia pikirkan meskipun ia tidak pernah secara nyata mengatakan pada orang tersebut.

3) Kontrol pikir/waham pengaruh yaitu keyakinan klien bahwa pikiran, emosi dan perbuatannya selalu dikontrol/dipengaruhi oleh kekuatan diluar dirinya yang aneh.

Diagnosa Keperawatan:
☐ Perubahan proses pikir, jelaskan .....

8. Tingkat Kesadaran:

☐ Bingung ☐ Sedasi ☐ Stupor ☐ Lain-lain, jelaskan .....

Adakah gangguan orientasi (disorientasi):

☐ Waktu ☐ Orang ☐ Tempat

Jelaskan: .....

*Jelaskan apakah klien mengalami gangguan **kesadaran secara kuantitas** (kesadaran meninggi atau menurun) atau **secara kualitas** (kesadaran berubah). **Kesadaran meninggi** yaitu keadaan dengan respon yang meninggi/meningkat terhadap suatu rangsangan, seperti mendengar suara lebih nyaring dari sebenarnya.*

***Kesadaran menurun** yaitu keadaan dengan kemampuan persepsi, perhatian dan pemikiran yang berkurang, seperti:*

a. Apati (tidak mengacuhkan terhadap lingkungan sekitarnya, mulai mengantuk).

b. Somnolensia (mengantuk dan tidak ada perhatian sama sekali).

c. Bingung, delirium, sedasi (kacau, merasa melayang antara sadar dan tidak sadar).

d. Sopor (ingatan, orientasi, pertimbangan hilang, hanya berespon terhadap rangsangan yang keras atau cubitan).

e. Stupor, subkoma, soporoskomatus (tidak ada lagi terhadap rangsangan yang keras, terjadi ganguan motorik seperti kekakuan, gerakan-gerakan yang berulang dan tidak mengerti semua apa yang terjadi dilingkungannya).

f. Koma (tidur yang sangat dalam, beberapa reflek hilang seperti pupil, cahaya, muntuh dan dapat timbul reflek yang patologis).

Kesadaran berubah *yaitu kesadaran yang tidak menurun, tidak meninggi, tidak normal, bukan disosiasi, hal ini karena kemampuan untuk mengadakan hubungan (**relasi**) dan pembatasan (**limitasi**) terhadap dunia luar (diluar dirinya) sudah terganggu dan secara kualitas berada pada taraf yang tidak sesuai dengan kenyataan.*

Hipnosa *yaitu kesadaran menurun dan menyempit yang sengaja dibuat oleh dirinya atau orang lain melalui sugesti, mirip tidur dan terjadi amnesia (lupa) selama dihipnosa dan hanya menerima rangsangan dari sumber tertentu yang menghipnotisnya.*

Disosiasi *yaitu kesadaran yang berkabut atau menyempit, dimana sebagian perilaku atau kejadian memisahkan dirinya secara psikologis dari kesadaran dan terjadi amnesia sesudahnya. Ganguan disosiasi ini ada beberapa jenis yaitu*

a. *Trans/Trance yaitu keadaan kesadaran tanpa reaksi yang jelas terhadap lingkungan dimulai secara mendadak, terjadi immobilitas dan roman mukanya bingung/ melamun yang dapat ditimbulkan/disebabkan oleh hipnosa atau upacara ritual/ kepercayaan tertentu.*
b. *Senjakala histerik/histerical twilight state yaitu hilangnya ingatan secara psikologis pada sewaktu-waktu tertentu dan biasanya secara selektif.*
c. *Fugue yaitu penurunan kesadaran dengan pelarian secara fisik dari suatu keadaan yang banyak menimbulkan stress dengan mempertahankan kebiasaan/ketrampilan tertentu.*
d. *Serangan histeri yaitu suatu penampilan emosional yang jelas untuk menarik perhatian dan tidak ada kontak dengan lingkungan sekitarnya.*

Tidur *yaitu menurunnya kesadaran secara reversible, biasanya disertai posisi berbaring dan sedikit bergerak. Gangguan kesadaran yang berkaitan dengan tidur sbb:*

a. *Insomnia yaitu sukar tidur, biasanya karena faktor psikologis.*
b. *Somnabulisme yaitu berjalan sambil tidur atau berjalan sewaktu tidur.*
c. *Mimpi buruk, nightmare, povor noctumus biasanya terjadi pada anak-anak.*
d. *Narkolepsi yaitu serangan tidur bersamaan dengan katapleksi, kelumpuhan tidur, halusinasi hipnogogik.*

Disorientasi *yaitu gangguan orientasi akibat gangguan kesadaran dan dapat menyangkut **waktu** (tidak tahu tentang jam, hari, pekan, bulan, musim, tahun), **tempat** (tidak tahu dimana ia berada), **orang**, (tidak tahu tentang dirinya, orang lain, identitasnya, salah menafsirkan identitas orang lain) dan **lingkungan**/keadaan sekitarnya dimana ia berada saat ini.*

Diagnosa Keperawatan:
- ☐ Risiko tinggi cidera
- ☐ Perubahan Proses pikir, jelaskan .....
- ☐ dan lain-lain jelaskan ...

9. Memori:

☐ Ganggun daya ingat jangka panjang ☐ Gangguan daya jangka menengah
☐ Gangguan daya ingat jangka pendek ☐ Koafabulasi
☐ Lain-lain, jelaskan...

Jelaskan: .....

Daya ingat jangka panjang (memory masa lalu, mengingat kejadian, informasi dan orang dari masa lalu yang sangat lama/lebih dari 1 (satu) bulan, seperti waktu kecil, tempat dilahirkan/sekolah/tanggal lulus sekolah dll).

Daya ingat jangka menengah (memory yang baru, dari waktu dapat mengingat kejadian yang terjadi dalam 1 (satu) minggu terakhir sampai 24 jam terakhir).

Daya ingat jangka pendek (memory yang sangat baru, tidak dapat mengingat kejadian yang baru saja terjadi, seperti dengan menghitung mundur sederhana).

Lupa (gangguan daya ingat secara fisiologis dan segera kembali daya ingatnya).

Amnesia yaitu ketidakmampuan mengingat kembali pengalaman yang telah terjadi baik sebagian atau seluruh/total kejadian

Hipermnesia yaitu adanya penahanan/retensi dalam ingatan dan pemanggilan kembali/ recall terhadap sesuatu yang berlebihan.

Paramnesia yaitu ingatan yang keliru karena distorsi/gangguan pada proses pemanggilan kembali/recall, seperti pada déjà vu, jamais vu, fause reconnaissance, konfabulasi.

a) *Déjà vu yaitu merasa ingat bahwa ia sudah/pernah melihat sesuatu, namun kenyataannya belum pernah sama sekali.*
b) *Jamais vu yaitu merasa ingat bahwa ia tidak/belum pernah melihat sesuatu, namun kenyataannya pernah melihatnya.*
c) *Fause reconnaissance yaitu merasa pasti benar tentang pengenalannya, namun kenyataannya tidak benar sama sekali.*
d) *Konfabulasi yaitu ingatan yang keliru dan dimanifestasikan dengan pembicaraan yang tidak sesuai kenyataan dengan memasukkan cerita yang tidak benar untuk menutupi gangguan daya ingatnya.*

Diagnosa Keperawatan:
☐ Perubahan proses pikir, jelaskan .....

10. Tingkat konsentrasi dan berhitung:

☐ Mudah beralih ☐ tidak mampu berkonsentrasi
☐ tidak mampu berhitung sederhana ☐ Lain-lain, jelaskan .....

Mudah beralih/mudah dialihkan, mudah berganti perhatiannya/konsentrasi dari suatu obyek ke obyek lainnya.

Tidak mampu berkonsentrasi, klien selalu meminta agar pertanyaan sebelumnya diulang, tidak dapat menjelaskan kembali pembicaraan yang baru saja dibicarakan oleh dirinya atau orang lain.
Tidak mampu berhitung yaitu tidak dapat melakukan penambahan/pengurangan angka-angka atau benda-benda yang nyata, sederhana, banyak, rumit atau komplek.

Diagnosa Keperawatan:
☐ Perubahan proses pikir, jelaskan .....

11. Kemampuan penilaian:

☐ Gangguan ringan ☐ gangguan bermakna ☐ Lain-lain, jelaskan .....

Gangguan ringan yaitu bilamana gangguan ini terjadi ia tetap dapat mengambil keputusan secara sederhana dengan bantuan orang lain, seperti ia dapat memilih akan mandi dulu sebelum makan atau sebaliknya.
Gangguan bermakna bilamana gangguan ini terjadi ia tetap tidak dapat/tidak mampu mengambil suatu keputusan meskipun secara sederhana dan mendapatkan bantuan orang lain.

Diagnosa Keperawatan:
☐ Perubahan proses pikir, jelaskan .....

12. Daya tilik diri:

☐ mengingkari penyakit yang diderita ☐ Menyalahkan hal-hal diluar dirinya
☐ Lain-lain, jelaskan .....

Mengingkari penyakit yang diderita, dimana ia tidak menyadari gejala gangguan jiwa/ penyakitnya, perubahan fisik, emosi dirinya dan dirinya merasa tidak perlu suatu pertolongan dari siapapun.
Menyalahkan hal diluar dirinya, cenderung menyalahkan orang lain/lingkungan dan ia merasa orang lain/lingkungan diluar dirinya yang menyebabkan ia seperti ini/kondisinya saat ini.

Diagnosa Keperawatan:
☐ Ketidakefektifan penatalaksanaan regiment terapeutik
☐ Perubahan Proses pikir, jelaskan .....
☐ dan lain-lain jelaskan ...

VII. KEBUTUHAN PERENCANAAN PULANG

1. Kemampuan klien memenuhi kebutuhan

Kemampuan memenuhi kebutuhan	Ya	Tidak
Makanan		
Keamanan		
Peawatan kesehatan		
Pakaian		
Transportasi		
Tempat tinggal		
Keuangan		
Lain-lain		

Jelaskan: ……

Data ini harus dikaji untuk mengetahui masalah yang mungkin akan terjadi/akan dihadapi klien, keluarganya atau masyarakat sekitarnya pada saat klien pulang atau setelah klien pulang dari rumah sakit dan klien berada dirumahnya, ditengah keluarga/ masyarakat.

Diagnosa Keperawatan:
- ☐ Perubahan pemeliharaan kesehatan
- ☐ Perilaku mencari bantuan kesehatan
- ☐ dan lain-lain jelaskan ...

2. Kegitan Hidup sehari-hari (ADL)

a. Perawatan Diri:

Kegiatan hidup sehari- hari	Bantuan Total	Bantuan Minimal
Mandi		
Kebersihan		
Makan		
Buang air kecil/BAK		
Buang air Besar/BAB		
Ganti pakaian		

Jelaskan: …….

Mandiri *bilamana ia tahu kapan/waktunya, meyiapkan peralatan, mampu melaksanakan dan merapihkan kembali apa yang telah ia kerjakan.*

Bantuan Minimal *bila ia mampu mengerjakan setelah diberikan penjelasan atau dorongan untuk melaksanakannya.*
Bantuan Total *bila ia tidak mampu mengerjakan setelah diberikan penjelasan atau dorongan untuk melaksanakannya.*

Diagnosa Keperawatan:
☐ Perubahan pemeliharaan kesehatan
☐ Sindroma deficit perawatan diri
☐ dan lain-lain jelaskan ...

b. Nutrisi:

* Apakah anda puas dengan pola makan anda?
☐ Puas ☐ Tidak puas
Bila tidak puas, jelaskan: .....

* Apakah anda makan memisahkan diri?
☐ Ya ☐ Tidak
Bila ya, jelaskan: .....

* Frekuensi makan sehari: X

* Nafsu makan:
☐ Meningkat ☐ Menurun ☐ Berlebihan ☐ Sedikit-sedikit

* Berat Badan:
☐ Meningkat ☐ Menurun
BB saat ini: .....Kg, BB terendah: .....Kg,
BB tertinggi Tertinggi: .....Kg
Jelaskan: .....

Gangguan Makan:
Anoreksia nervosa *merupakan gangguan makan dengan karakteristik sering berusaha memuntahkan makanan, penyalahgunaan pencahar/diuretik, kehilangan berat badan berlebihan, pengingkaran terhadap rasa lapar, sebagai upaya perilaku bunuh diri.*
Bulimia nervosa *merupakan gangguan makan dengan karakteristik sering memuntahkan makan, penyalahgunaan pencahar/diuretik, kehilangan berat badan sedikit, merasa lapar, perilaku makan dianggap aneh (sumber stress yang disertai gambaran obsesional).*
Makan sangat berlebihan (binge)*, menghabiskan makanan dalam jumlah yang besar dalam waktu singkat,hilang kendali dalam hal makan dan masukan kalori berlebihan. Berpuasa/berpantang, makan dalam sehari sekitar 200 kalori, merasa sudah cukup, tidak* makan selama seharian atau berpantang makan.

***Pengurasan/purging**, perilaku menghabiskan/menguras energi dengan berbagai kegiatan seperti berolah raga/bekerja berlebihan, makan obat diuretik, pil diit dan pencahar steroid.*

Diagnosa Keperawatan:
- ☐ Perubahan Nutrisi: < kebutuhan tubuh
- ☐ Perubahan Nutrisi: > kebutuhan tubuh
- ☐ dan lain-lain jelaskan ...

c. Tidur:

* Apakah ada masalah tidur?
☐ Tidak ada ☐ Ada, jelaskan ……

* Apakah merasa segar setelah bangun tidur?
☐ Segar ☐ Tidak segar, jelaskan.

* Apakah ada kebiasaan tidur siang?
☐ Ya, lamanya: ....jam, ☐ Tidak

* Apakah ada yang menolong anda mempermudah untuk tidur?
☐ Ada, jelaskan: ..... ☐ Tidak ada

* Tidur malam jam: .....bangun jam: .....rata-rata tidur malam: .....jam

* Apakah ada gangguan tidur?
☐ Sulit untuk tidur ☐ Bangun terlalu pagi
☐ Samnambulisme ☐ Terbangun saat tidur Ogelisah saat tidur
☐ Berbicara saat tidur ☐ Lain – lain,
Jelaskan: .....

***Gangguan tidur**:*

*a) Gangguan untuk jatah tidur (**insomnia**), biasanya sering ditemui pada ansietas/ depresi dan gejala ini paling sering terjadi.*

*b) Kelainan somnolen yan erlebihan (**hipersomnia**), kategori ini termasuk narkolepsi, apnea tidur dan kelainan gerakan pada malam hari yang kakinya selalu bergerak/gelisah.*

c) Kelainan jadwal tidur bangun, dimana tidurnya normal, tidak tepat waktunya yang merupakan perubahan waktu dari satu tempat ketempat lainnya dan perubahan waktu kerja (shif).

d) Kelainan yang berhubungan dengan tahapan tidur (parasomnia), kategori ini termasuk somnabulisme, teror malam hari, mimpi buruk dan ngompol (enuresis).

Diagnosa Keperawatan:
- ☐ Gangguan Pola Tidur, spesifiknya .....

3. Kemampuan klien dalam hal – hal berikut ini:

- Mengantisipasi kehidupan sehari-hari:
  ☐ Ya ☐ Tidak
- Menbuat keputusan berdasarkan keinginan sendiri:
  ☐ Ya ☐ Tidak
- Mengatur penggunaan obat:
  ☐ Ya ☐ Tidak
- Melakukan pemeriksaan kesehatan:
  ☐ Ya ☐ Tidak
  Jelaskan: .....

Diagnosa Keperawatan:
☐ Ketidakefektifan penatalaksanaan regiment terapeutik
☐ Konflik pengambilan keputusan
☐ Ketidakpatuhan
☐ dan lain-lain jelaskan ...

4. Klien memiliki sistem pendukung:

- Keluarga:
  ☐ Ya ☐ Tidak
- Teman sejawad:
  ☐ Ya ☐ Tidak
- Terapis:
  ☐ Ya ☐ Tidak
- Kelompok Sosial:
  ☐ Ya ☐ Tidak

Jelaskan: .....

Apakah klien mempunyai sistem pendukung seperti keluarga, teman sejawat, terapis atau kelompok social.

Bila sistem pendukung tersebut mempunyai sampai sejauh mana bantuan/perannya dalam membantu secara material maupun spiritual dan bilamana tidak mempunyai sistim pendukung bagaimana hal ini terjadi dan apa penyebabnya.

Diagnosa Keperawatan:
☐ Perilaku mencari bantuan kesehatan
☐ dan lain-lain jelaskan ...

5. Apakah klien menikmati saat bekerja, kegiatan produktif atau hobi?

☐ Ya/menikmati ☐ Tidak menikmati, jelaskan .....

Apakah klien mampu menikmati pekerjannya, kegiatan yang produktif atau hanya sekedar kesenangan saja atau hobi. Bila mampu menikmati sejauhmana hal ini terjadi dan bila tidak mampu menikmati mengapa hal ini terjadi dan bagaimana pengaruhnya terhadap kehidupan

Diagnosa Keperawatan:
- ☐ Koping individu tidak efektif (defensif)
- ☐ Koping individu penyesuaian
- ☐ dan lain-lain jelaskan ...

VIII. MEKANISME KOPING

	Adaptif		Mal adaptif
	Bicara dengan orang lain		Minum alkohol
	Mampumenyelesaikan masalah		Reaksi lambat/berlebihan
	Tehnik relaksasi		Bekerja berlebihan
	Aktifitas konstruktif		Menghindar
	Olah raga		Menciderai diri
	Lain - lain		Lain - lain

Jelaskan: .....

*Bagaimana dan jelaskan reaksi klien bila menghadapi suatu permasalahan, apakah menggunakan cara-cara yang **Adaptif** seperti bicara dengan orang lain, mampu menyelesaikan masalah, teknik relaksasi, aktivitas konstruktif, olah raga, lainnya ataukah menggunakan cara-cara yang **Maladaptif** seperti Minum Alkohol, Reaksi lambat/ berlebihan, Bekerja berlebihan, Menghindar, Mencederai diri atau lainnya.*

Diagnosa Keperawatan:
- ☐ Koping individu tidak efektif (defensif)
- ☐ Koping individu penyesuaian
- ☐ dan lain-lain jelaskan ...

IX. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

☐ Masalah dengan dukungan kelompok, spesifiknya……

☐ Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifiknya ……

☐ Masalah dengan pendidikan, spesifiknya .....

☐ Masalah dengan pekerjaan, spesifiknya .....

☐ Masalah dengan perumahan, spesifiknya .....
☐ Masalah dengan ekonomi, spesifiknya .....
☐ Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifiknya .....
☐ Masalah lainya, spesifiknya .....

1. *Masalah berhubungan dengan **dukungan sosial**, seperti kematian anggota keluarga, kesehatan anggota keluarga, gangguan dalam keluarga (perpisahan, perceraian, pengasingan, pindah rumah, orang tua menikah lagi, penganiayaan fisik/seksual, menelantarkan anak, disiplin tidak adekuat, perselisihan saudara, kelahiran saudara).*
2. *Masalah berhubungan dengan **lingkunan sosial**, seperti kematian/kehilangan sahabat, dukungan sosial tidak adekuat, hidup sendiri, kesukaran berbaur/beradaptasi/berakulturasi, penyesuian terhadap siklus hidup (pensiun).*
3. *Masalah berhubungan dengan **pendidikan**, seperti buta aksara, masalah akademik, perselisihan dengan guru/teman, lingkungan sekolah tidak adekuat.*
4. *Masalah berhubungan dengan **pekerjaan**, seperti menganggur, ancaman kehilangan pekerjaan/PHK, jadwal kerja yang tidak sesuai, kesulitan kondisi pekerjaan, tidak puas bekerja, perubahan pekerjaan, perselisihan dengan atasan/teman kerja.*
5. *Masalah berhubungan dengan **perumahan**, seperti gelandangan, rumah tidak adekuat, lingkungan tidak aman, perselisihan dengan tetangga/pemilik rumah.*
6. *Masalah berhubungan dengan **ekonomi**, seperti sangat miskin, finansial tidak adekuat, dukungan kesejahteraan tidak adekuat.*
7. *Masalah berhubungan dengan **pelayanan kesehatan**, seperti pelayanan kesehatan tidak adekuat, transportasinya jauh, tidak mempunyai jaminan/asuransi kesehatan.*
8. *Masalah berhubungan dengan **sistem hukum/kriminal**, seperti dipenjara, ditahan, proses pengadilan, korban kekerasan/kriminal.*

Diagnosa Keperawatan:

☐ perubahan pemeliharaan kesehatan	☐ enuresis maturasi
☐ perubahan pada eliminasi urin	☐ ketidakberdayaan
☐ Perilaku mencari bantuan	☐ keputusasaan
☐ gangguan konsep diri (gg. Harga diri)	☐ perubahan kinerja peran
☐ gangguan konsep diri (Gg. Identitas diri)	☐ sindroma stres relokasi
☐ dan lain-lain jelaskan ...	

X. PENGETAHUAN KURANG TENTANG

O Penyakit/gangguan jiwa O sistem pendukung O faktor presipitasi O koping
O penyakit fisik O obat – obatan Olain-lain, jelaskan.....
Jelaskan: .....

Bagaimana pengetahuan klien/keluarga saat ini tentang penyakit/gangguan jiwa. Sistem pendukung, faktor yang memperberat masalah (presipitasi), mekanisme koping, penyakit

fisik, obat-obatan atau lainnya. Apakah perlu diberikan tambahan pengetahuan yang berkaitan dengan spesifiknya masalah

Diagnosa Keperawatan:
- ☐ Ketidakefektifan penatalaksanaan regiment terapeutik
- ☐ perilaku mencari bantuan kesehatan
- ☐ Ketidakpatuhan
- ☐ Kurang pengetahuan (spesifiknya)....

XI. ASPEK MEDIS

Diagnosa medik: .....

Terapi medik: .....

Jelaskan aspek medis klien (dapat dilihat dari Rekam Medik) tentang Diagnosa Medik dan Terapi Mediknya selama dirawat terutama saat ini.

Perhatikan dengan teliti kode diagnose media dan pengobatan.

Diagnosa Keperawatan:
- ☐ efek terapi obat-obatan
- ☐ efek terapi anti spikotik
- ☐ Masalah kolaboratif/potensial komplikas i: multisistem, spesifiknya.....

XII. ANALISA DATA

No	Data	Masalah
1.	Subyektif: ..... Obyektif	
2.	Subyektif: ..... Obyektif	

XIII. DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN

1.....

2.....

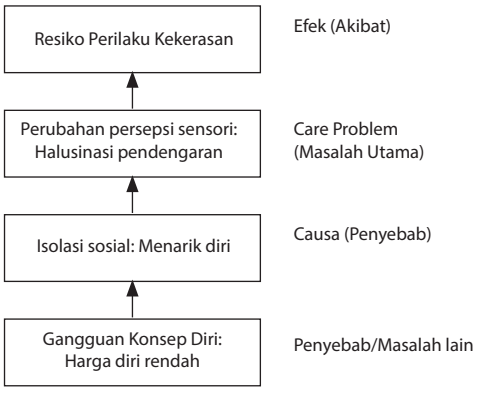
*Diagnosa Keperawatan Jiwa berdasarkan NANDA dengan pernyataan **Single** diagnosis, yang dapat Aktual (Dengan label: Perubahan, Intoleransi, Gangguan, Kerusakan atau Tanpa label: Ketidakpatuhan, Ansietas), Resiko atau Sejahtera (wellness)*

XIV. POHON MASALAH (Prioritas Diagnosa)

Buatlah pohon masalah dengan cara:

1) *Tentukan prioritas/inti masalah, selanjutnya prioritas masalah dijadikan masalah utama (**Core Problem**).*
2) *Tentukan akibat/dampak dari masalah utama (**efek**).*
3) *Tentukan penyebab (**causa**) dari masalah utama.*
4) *Tentukan penyebab masalah utama dari penyebab lain.*
5) *Tentukan cabang dan ranting sebagai masalah/penyebab lain.*

Contoh:



RENCANA KEPERAWATAN

Nama : ..... Ruangan : .....
Nomor RM : ..... Diagnosa Medis : .....

Diagnosa	Rencana Tindakan Keperawatan			Rasional
	Tujuan	Kriteria Evaluasi	Tindakan Keperawatan	
DX KEP 1	TUM: TUK:			
DX KEP. 2	TUM: TUK:			

1. **Tuliskan identitas klien** secara lengkap seperti Nama klien, Nomor CM, Jenis Kelamin (L/P), Diagnosa Medis, Ruangan dan Unit dimana klien dirawat saat ini (hal ini bisa melihat Catatan Medis atau bisa ditanyakan kepada klien bila memungkinkan atau petugas kesehatan lain).
2. Pada **kolom diagnosa keperawatan** dituliskan:
   a) Tanggal, Jam, Nomor urut, rumusan diagnosa keperawatan dengan rumusan Single diagnosis.
   b) Bilamana ditemukan masalah baru diluar data dasar pada saat awal pengkajian, maka tuliskan:
      → Data subyektif (DS) dan Data Obyektif (DO).
      → Diagnosa keperawatan dituliskan langsung dibawah DO dan DS tersebut.
3. Pada **kolom tujuan dan rencana tindakan keperawatan diisi/dituliskan**:
   c) Tujuan jangka panjang/TIU (berguna untuk menyelesaikan permasalahan utama pada diagnosa keperawatan).
   d) Tinjauan jangka pendek/TIK (serangkaian/beberapa tujuan jangka pendek berguna untuk menyelesaikan penyebab masalah dalam rangka mencapai tujuan jangka panjang). Tujuan ini dapat berupa pengetahuan, psikomotor, afektif, kebutuhan klien terhadap sistem pendukung dan tetapi medik yang diperlukan klien.
   e) Rencana tindakan keperawatan yang menggambarkan serangkaian tindakan untuk mencapai setiap tujuan jangka pendek yang disesuaikan dengan standar asuhan keperawatan kesehatan jiwa.

TINDAKAN dan EVALUASI KEPERAWATAN JIWA
(Catatan Tindakan/Perkembangan Keperawatan)

Nama : ..... Ruangan : .....
Nomor RM : .....

Hari/Tgl Jam	Dx Kep Tujuan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf dan Nama

1. **Tuliskan identitas klien** secara lengkap.
2. Pada **kolom diagnosa keperawatan** dituliskan rumusan diagnosa keperawatan.
3. Pada **kolom tindakan keperawatan**, dituliskan:
   Tanggal dan tindakan melakukan tindakan. Semua tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan rencana/kondisi saat itu baik tindakan keperawatan mandiri, bersama klien/keluarga/klien dan keluarga, rujukan/konsultasi atau dengan tenaga kesehatan lain (kerja sama).
4. Pada **kolom Evaluasi keperawatan** mengacu pada konsep SOAP, maka tuliskan:
   - Semua respon klien (**Data Subyektif/DS, Data Obyektif/DO**) terhadap tindakan yang telah dilakukan
   - Analisa respon klien (**Analisa/A**) dengan mengkaitkan pada diagnosa, data dan tujuan, jika ditemukan masalah baru, maka dituliskan diagnosa baru tersebut
   - Rencana lanjutan (**Planing/P**) dapat dituliskan dengan mengacu/dapat berupa:
     → **Rencana selesai/tidak dilanjutkan**, jika tujuan telah tercapaisecara paripurna.
     → **Rencana dilanjutkan**, jika hasil evaluasi sesuai dengan beberapa harapan/ tujuan yang telah ditetapkan atau pencapian tujuan tersebut perlu dimantapkan kembali untuk mempertahankan keadaan sampai stabil.
     → **Modifikasi tindakan**, jika semua rencana telah dilaksanakan tetapi tujuan belum tercapai atau perlu perbaikan yang disesuaikan dengan keadaan/ kemajuan klien.
     → **Dibatalkan**, jika hasil evaluasi bertntangan/kontradiksi dengan diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan.
5. **Pada kolom Paraf dan Nama**, maka berikan paraf/tanda tangan perawat yang membuat perencanaan tersebut dan cantumkan nama jelasnya.

RESUME KEPERAWATAN

Nama : ..... Ruangan : .....
Nomor RM : .....

Tanggal dan Jam	Uraian Keadaan Terakhir	Paraf dan Nama

Resume keperawatan, adalah mencatat/menuliskan untuk menggambarkan klien sesuai keadaan/kondisi yang terakhir, hal ini sebagai evaluasi/hasil akhir pada saat klien akan pindah ruang perawatan, dirujuk, pulang atau meninggal dunia.

1. **Tuliskan identitas klien** secara lengkap seperti Nama klien, Nomor CM, Jenis Kelamin (LP), Diagnosa Medis, Ruangan dan Unit dimana klien dirawat saat ini (hal ini bisa melihat Catatan Medis atau bisa ditanyakan kepada Klien bila memungkinkan atau petugas kesehatan lain).
2. Pada **kolom Tanggal dan Jam** tuliskan tanggal dan jam saat kondisi klien terakhir.
3. Pada **kolom Uraian Keadaan Terakhir**, dibuat berdasarkan model SOAP, maka tuliskan semua keadaan/kondisi klien terakhir pada saat akan klien pindah ruang perawatan, dirujuk, pulang, atau meninggal dunia.
   - Semua respon klien (**Data Subyektif/DS, Data Obyektif/DO**) terhadap tindakan yang telah dilakukan
   - Analisa respon klien (**Analisa/A**) dengan mengkaitkan pada diagnosa, data dan tujuan, jika ditemukan masalah baru, maka dituliskan diagnosa baru tersebut
   - Rencana lanjutan (**Planing/P**) dapat dituliskan dengan mengacu/dapat berupa:
     → **Rencana selesai/tidak dilanjutkan**, jika tujuan telah tercapaisecara paripurna.
     → **Rencana dilanjutkan**, jika hasil evaluasi sesuai dengan beberapa harapan/ tujuan yang telah ditetapkan atau pencapian tujuan tersebut perlu dimantapkan kembali untuk mempertahankan keadaan sampai stabil.
     → **Modifikasi tindakan**, jika semua rencana telah dilaksanakan tetapi tujuan belum tercapai atau perlu perbaikan yang disesuaikan dengan keadaan/ kemajuan klien.
     → **Dibatalkan**, jika hasil evaluasi bertntangan/kontradiksi dengan diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan.
4. **Pada kolom Paraf dan Nama**, maka berikan paraf/tanda tangan perawat yang membuat perencanaan tersebut dan cantumkan nama jelasnya.

ASUHAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA
Untuk Rawat Jalan dan Gawat Darurat

Nama : ..... Ruangan: .....
Nomor RM : .....

Diagnosa	Rencana Keperawatan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan

1. **Tuliskan identitas klien** secara lengkap seperti Nama klien, Nomor CM, Jenis Kelamin (LP), Diagnosa Medis, Ruangan dan Unit dimana klien dirawat saat ini (hal ini bisa melihat Catatan Medis atau bisa ditanyakan kepada Klien bila memungkinkan atau petugas kesehatan lain).
2. Pada **kolom diagnosa keperawatan** dituliskan:
   - Tanggal dan jam kontak/pengkajian dengan klien/keluarga.
   - Isi data hasil pengkajian di **Unit Rawat Jalan** sbb:
     → Alasan klien datang dan minta bantuan/pertolongan ke Unit Rawat Jalan.
     → Tindakan yang telah dilakukan klien/keluarga untuk mengatasi masalah dan bagaimana hasilnya
     → Hasil observasi dan tindaakan selama dilakukan pengkajian.
   - Isi data pengkajian di **Unit Gawat Darurat** sbb:
     → Alasan klien datang dan minta bantuan/pertolongan ke Unit Gawat Darurat.
     → Tindakan yang telah dilakukan klien/keluarga untuk mengatasi masalah dan bagaimana hasilnya
     → Hasil observasi dan tindaakan selama dilakukan pengkajian sesuai dengan TRIAGE kegawatdaruratan psikiatri saat ini.
   - Isi data hasil pengkajian di **Unit Rehabilitasi** sbb:
     → Alasan klien datang dan perlunya bantuan ke Unit Rehabilitasi dari tenaga kesehatan yang merujuk/konsultasi ke Unit Rehabilitasi.
     → Tindakan yang telah dilakukan dari tenaga kesehatan yang merujuk/konsultasi untuk mengatasi masalah dan bagaimana hasilnya

→ Hasil observasi dan tindaakan selama dilakukan pengkajian dari keadaan saat ini u ntuk menetapkan terapi/kegiatan sesuai masalah dan kebutuhan klien.

- Rumuskan diagnosa keperawatan di Unit Rawat Jalan, Gawat Darurat atau Rehabilitasi.

3. Pada **kolom Rencana Keperawatan,** tuliskan:
   - Tujuan jangka panjang
   - Tujuan jangka pendek
   - Renacana tindakan untuk mencapai tiap tujuan jangka pendek
     → Di **Unit Rawat Jalan** dan **Unit Gawat Darurat** sesuaikan dengan diagnosa .
     → Di **Unit Rehabilitasi,** tetapkan program terapi rehabilitasi yang dibutuhkan klien dan langkah-langkah pelaksanaan apakah **Terapi okupsi/**kegiatan non pekerjaan/pekerjaan yang tidak berfokus pada hasil produksi, namun bertujuan untuk terapi atau **Latihan kerja**/kegiatan/pekerjaan pada keterampilan tertentu dan berfokus pada produktivitas.
4. Pad **kolom Tindakan Keperawatan**, tuliskan:
   - Tanggal dan jam tindakn keperawatan tersebut dilakukan.
   - Semua tindakn yang telah dilaksanakan.
5. Pada **kolom Evaluasi Keperawatan**, tuliskan:
   - **Respon klien** (Obyektif, subyektif) terhadap semua tindakan yang telah dilaksanakan sesuai kemajuan/perkembangan klien.
   - **Tindak lanjut**, untuk klien di **Unit Rawat Jalan**:
     → Tindakan yang perlu dilakukan klien/keluarga dirumah.
     → Tanda-tanda/gejala yang perlu diobservasi dan memerlukan konsultasi segera.
     → Waktu kunjungan yang akan datang (kontrol/follow up)
   - **Tindak lanjut**, untuk klien di **Unit Rawat Jalan**:
     → Tindakan yang perlu dilakukan diruang rawat inap (tempat rujukan).
     → Tanda-tanda/gejala yang perlu diobservasi dan memerlukan konsultasi segera.
   - **Tindak lanjut**, untuk klien di **Unit Rawat Jalan**:
     → Tindakan yang perlu dilakukan diruang rawat inap (tempat rujukan).
     → Tanda-tanda/gejala/penampilan yang perlu diobservasi/pehatian dan memerlukan konsultasi segera.
6. **Pada kolom Paraf dan Nama**, tuliskan Nama jelas perawat yang melaksakan dan berikan Tanda tangan/Paraf.

PETUNJUK TEKNIK
PEMBUATAN MAKALAH KEPERAWATAN JIWA

JUDUL:

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Bpk/Ibu/Tn/Nn.....
DENGAN MASALAH UTAMA .....
DI RUANG .....RSJ.....

OLEH:
NIM:

PROGRAM STUDI .....
STIKES .....
TAHUN .....

KATA PENGANTAR
DAFTAR ISI

BAB I : PENDAHULUAN
A. LATAR BELAKANG
B. TUJUAN
C. PROSES PEMBUATAN MAKALAH

BAB II: TINJAUAN TEORI
A. PROSES TERJADINYA MASALAH
B. RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

BAB III: TINJAUAN KASUS
A. PENGKAJIAN
B. MASALAH KEPERAWATAN
C. POHON MASALAH DAN DIAGNOSA KEPERAWATAN
D. PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN
E. EVALUASI

BAB IV: PEMBAHASAN

BAB V: PENUTUP
A. SIMPULAN
B. SARAN

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

FORMAT LAPORAN PENDAHULUAN

I. Kasus (masalah utama)

.....
.....
.....
.....

II. Proses Terjadinya masalah

.....
.....
.....
.....
.....

III. a. Pohon Masalah

b. Masalah keperawatan dan data yang perlu dikaji

.....
.....
.....

IV. Diagnosa Keperawatan

1.
2.
3.
4.

V. Rencana tindakan keperawatan

.....
.....
.....
.....

DAFTAR PUSTAKA

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN
(SPTK)

Masalah Keperawatan :
Pertemuan ke :
Hari/Tanggal :

A. PROSES KEPERAWATAN

Kondisi Klien:

.....

Diagnosa Keperawatan:

.....

Tujuan Khusus:

.....

Tindakan Keperawatan:

1. .....
2. .....
3. .....

B. STRATEGI KOMUNIKASI

ORIENTASI

1. Salam Terapeutik:
   .....
2. Evaluasi/Validasi
   .....
3. Kontrak:
   Topik:
   Waktu;
   Tempat:

KERJA: (LANGKAH – LANGKAH tindakan Keperawatan)

1. .....
2. .....
3. .....

TERMINASI

1. Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan
   Evaluasi Klien (subyektif):
   .....
   Evaluasi perawat (obyektif):
   .....
2. Tindak Lanjut Klien (apa yang perlu dilatih klien sesuai dengan hasil tindakan yang telah dilakukan
   .....
3. Kontrak Yang Akan Datang
   Topik : .....
   Waktu : .....
   Tempat : .....

ANALISA PROSES INTERAKSI
(API)

Klien (Initial)	:		Ruang	:	
Umur	:		Status Interaksi	:	
Pertemuan Ke	:		Fase	:	
Lingkungan	:		Diskripsi Klien	:	
Tujuan Interaksi	:				
Tanggal	:	Jam:	Ruang	:	

Komunikasi verbal	Komunikasi Non Verbal	Analisa berpusat pada Perawat	Analisa berpusat pada Klien	Rasional

Mojokerto,.....

Praktikan

PROPOSAL
TERAPI AKTIFITAS KELOMPOK

A. TOPIK : ----------

B. TUJUAN :
   1. TUJUAN UMUM : ----------
   2. TUJUAN KHUSUS :
      a. ----------
      b. ----------
      c. ----------

C. LANDASAN TEORI
   → justifikasi TAK pada kondisi klien yang akan disertakan.

D. KLIEN
   1. Karakteristik/criteria
   2. Proses seleksi

E. PENGORGANISASIAN
   1. Waktu : tanggal, hari, jam, lama tiap langkah kegiatan
   2. Tim Terapis : Leader, co leader, fasilitator, observer
   3. Setting tempat
   4. Metoda dan media

F. PROSES PELAKSANAAN
   1. Orientasi
      a. Salam dan perkenalan
      b. Penjelasan tujuan dan aturan main
   2. Kerja
      Langkah-langkah kegiatan
   3. Terminasi
      a. Evaluasi respon subjektif klien
      b. Evaluasi respon objektif
      c. Tindak lanjut: apa yang akan dilakukan setelah TAK
      d. Kontrak yang akan datang

FORMAT EVALUASI
LAPORAN PENDAHULUAN

NAMA Mahasiswa : ……...……..
NIM : …….

NO.	ASPEK PENILAIAN	BOBOT						B x N
			1	2	3	4	5	
1.	Kasus (masalah utama)	10						
2.	Proses terjadinya masalah	10						
3.	Kemungkinan Data Fokus	10						
4.	Pohon masalah	10						
5.	Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul	10						
6.	Rencana tindakan keperawatan	10						
7.	Daftar Pustaka	5						
8.	Pengumpulan tepat waktu	10						
9.	Peran serta dalam Pre conference	25						
	SKOR							

$$\text{NILAI} = \frac{\text{jumlah skor}}{500}$$

Penilai,

FORMAT EVALUASI
PRE/POST CONFERENCE

Nama Mahasiswa :
NIM :
Pertemuan ke- :

No.	ASPEK	1	2	3	4	5	NILAI
1.	Persiapan untuk conference						
2.	-Mempersiapkan rencana askep (untuk pre conference) -Laporan tindakan dan kendala yg dihadapi (Post conference)						
3.	Mengemukakan isyu/masalah untuk diskusi kelompok						
4.	Memberi ide selama conference						
5.	Mensintesa pengetahuan dengan permasalahan						
6.	Menerima ide-ide oranglain						
7.	Mengontrol emosi sendiri						
8.	Mensimulasi strategi pelaksanaan						
9.	Memperlihatkan perhatian dan kerjasama dalam kelompok						
	NILAI YG DICAPAI						

Keterangan:
5: Sangat baik
4: Baik
3: Sedang
2: Kurang
1: Sangat kurang

$$\text{NILAI: } \frac{\text{SKOR YG DICAPAI}}{\text{SKOR MAX}} \times 100$$

Penilai,

FORMAT EVALUASI
PENERAPAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK

Ruang :
Nama :
Tanggal :
Observasi Penilai :

No	Aspek yang dinilai	Bobot	Dilakukan	Tidak Dilakukan
1.	**Fase Prainteraksi**			
	a. Menuliskan kondisi klien	1		
	b. Menuliskan Diagnosa kep.	1		
	c. Tujuan	1		
	d. Rencana tindakan (prinsip tindakan, lingk. Terapeutik)	1		
2.	**Fase Orientasi**			
	1. Salam terapeutik	1		
	2. Evaluasi validasi	2		
	3. Mengingatkan kontrak	1		
	- Topik			
	- Waktu			
	- Tempat			
	4. Tujuan tindakan pembicaraan	1		
3.	**Fase Kerja**			
	1. Tehnik Komunikasi	3		
	2. Sikap komunikasi	3		
	3. Langkah-langkah tindakan sesuai dengan rencana	5		
4.	**Fase Terminasi**			
	1. Evaluasi respon pasien	2		
	2. Rencana tindak lanjut	1		
	3. Menetapkan kontrak yang akan datang	2		
	JUMLAH NILAI	25		

Nilai: $\frac{\text{Jumlah Nilai (yang dilakukan)}}{\text{Bobot}} \times 100$

Penilai

( )

FORMAT EVALUASI
ANALISA PROSES INTERAKSI (API)

Ruang :
Nama :
Tanggal :
Observasi Penilai :

No	Aspek yang dinilai	Bobot	1	2	3	4
1.	**Data Umum Klien** 1. Menuliskan identitas klien 2. Menuliskan status interaksi 3. Tujuan 4. Tempat dan waktu interaksi	2				
2.	**Komunikasi Verbal** 1. Fase Orientasi 2. Fase Kerja 3. Fase Terminasi 4. Perawat dan Klien	2				
3.	**Komunikasi Non Verbal** 1. Sikap komunikasi 2. Perawat dan klien setiap komunikasi verbal	2				
4.	**Analisa Berpusat pd perawat**	2				
5.	**Analisa Berpusat pd klien**	2				
6.	**Rasional**	2				
	JUMLAH NILAI	12				

NILAI: $\frac{\text{SKOR YG DICAPAI}}{\text{SKOR MAX}} \times 100$

4: Baik
3: Sedang
2: Kurang
1: Sangat kurang

Penilai

( )

FORMAT EVALUASI
TERAPI AKTIFITAS KELOMPOK

Nama Mahasiswa :
NIM :

No.	ASPEK	1	2	3	4	5	NILAI
1.	Mengidentifikasi tujuan umum dan tujuan khusus						
2.	Memilih kegiatan untuk klien						
3.	Merencanakan waktu yang dipakai						
4.	Memilih klien untuk bergabung dalam kelompok						
5.	Mendorong klien berperan serta dalam kegiatan						
6.	Mengimplementasikan aktifitas yg direncanakan						
7.	Mengatasi masalah yang timbul dalam aktifitas						
8.	Menerima ide dari peserta, teman dan staf keperawatan.						
	NILAI YG DICAPAI						

Keterangan:
5: Sangat baik
4: Baik
3: Sedang
2: Kurang
1: Sangat kurang

$$\text{NILAI: } \frac{\text{SKOR YG DICAPAI}}{\text{SKOR MAX}} \times 100$$

Penilai,

EVALUASI PENAMPILAN LEADER

Nama Leader : .....
Ruangan Praktek: .....
Jenis TAK : .....
Hari, tgl : .....

No	Kriteria Evaluasi	Skor			
		4	3	2	1
A	**Fase Orientasi**				
1	Mengucapkan salam terapeutik				
2	Mengevaluasi/memvalidasi kondisi pasien				
3	Membuat kontrak topik, waktu, tempat TAK				
4	Menjelaskan aturan main TAK				
B	**Fase Kerja**				
1	Urutan kegiatan sesuai dengan pedoman				
2	Mengarahkan peserta untuk mengikuti kegiatan sesuai rencana				
3	Mengatasi masalah-masalah yang timbul dengan pendekatan terapeutik				
4	Menggunakan teknik komunikasi terapeutik				
5	Memberikan reinforcement positif pada pasien				
C	**Fase Terminasi**				
1	Mengevaluasi kesan dan pencapaian peserta TAK				
2	Menyampaikan tindak lanjut untuk pasien				
3	Membuat kontrak TAK berikutnya (topik, waktu, tempat				
	Total Skor				

....., ...

Evaluator

(.....)

EVALUASI PENAMPILAN CO LEADER

Nama : .....
Jenis TAK : .....
Tempat praktek : .....
Hari, tgl : .....

No	Kriteria Evaluasi	Skor			
		4	3	2	1
A	**Persiapan**				
1	Membantu penyiapan pasien				
2	Membantu menyiapkan alat dan bahan				
3	Membantu menyiapkan setting TAK				
B	**Pelaksanaan**				
1	Membantu leader mengarahkan TAK				
2	Membantu leader menghidupkan suasana				
3	Membantu leader mengatasi masalah TAK				
4	Memback up kekurangan leader				
C	**Evaluasi**				
1	Membantu leader mengakhiri TAK				
2	Membantu leader mengevaluasi peserta TAK				
3	Membantu leader mendokumentasikan hasil TAK				
	Total Skor				

....., ...

Evaluator

(.....)

EVALUASI PENAMPILAN FASILITATOR

Nama : ……
Jenis TAK : ……
Tempat praktek : ……
Hari, tgl : ……

No	Kriteria Evaluasi	Skor			
		4	3	2	1
A	**Persiapan**				
1	Membantu penyiapan pasien				
2	Membantu menyiapkan alat dan bahan				
3	Membantu menyiapkan setting TAK				
B	**Pelaksanaan**				
1	Mengikuti arahan leader				
2	Menstimulasi pasien untuk mengikuti arahan leader				
3	Menunjukkan role model untuk mengikuti TAK sesuai aturan				
C	**Evaluasi**				
1	Ikut mengevaluasi kemampuan pasien				
	Total Skor				

……, ……

Evaluator

(……..)

EVALUASI PENAMPILAN OBSERVER

Nama : .....
Jenis TAK : .....
Tempat praktek : .....
Hari, tgl : .....

No	Kriteria Evaluasi	Skor			
		4	3	2	1
1	Mengobservasi proses TAK				
2	Mengobservasi kondisi pasien				
3	Memberikan laporan tentang proses TAK				
4	Merangkum proses kelompok				
	Total Skor				

....., ...

Evaluator

(.....)

FORMAT EVALUASI
MANAGEMEN PERILAKU KEKERASAN (MPK)

Nama Mahasiswa :
NIM :

No	Aspek yang dinilai	Bobot	1	2	3	4
1.	**Pra Interaksi** 1. Membentuk tim krisis 2. Persiapan alat	1				
2.	**Pembatasan gerak** 1. Menjelaskan tujuan ke klien 2. Membuat perjanjian dg klien	2				
3.	**Pengekangan Fisik** 1. Menjelaskan tujuan ke klien 2. Pengikatan klien 3. Perawatan daerah pengikatan 4. Melatih mengontrol perilaku kekerasan dg cara: a. Secara fisik b. Secara Verbal c. Secara Sosial d. Secara Spiritual 5. Melepaskan pengikatan scr bertahap	2 2				
	JUMLAH NILAI	7				

NILAI: $\frac{\text{SKOR YG DICAPAI}}{\text{SKOR MAX}} \times 100$

4: Baik
3: Sedang
2: Kurang
1: Sangat kurang

Penilai,

EVALUASI KEGIATAN PENYULUHAN KELOMPOK

Nama Mahasiswa :
NIM :

No	Tugas	Nilai									Ket
		Bobot	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	Bina hubungan dengan klien	10									
2	Identifikasi kebeutuhan atau	10									
	masalah dari klien										
3	Merumuskan rencana intervensi	10									
4	Melibatkan klien dan petugas	10									
5	Melaksanakan tugas sesuai peran	10									
6	Melasanakan rencana intervensi	20									
7	Menggunakan media dan teknik	10									
	yang tepat										
8	Berkomunikasi secara efektif	10									
	dengan klien										
9	Mengevaluasi hasil	10									
	Jumlah										

Kegiatan :
Tanggal :
Pembimbing :

EVALUASI LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN INDIVIDU

Nama Mahasiswa :
NIM :

No	Kemampuan	Bobot	Nilai	Keterangan
1.	Menyusun pengkajian data dasar yang lengkap	25		
2.	Menegakkan diagnosis keperawatan	15		
3.	Menyusun prioritas keperawatan	5		
4.	Menyusun perencanaan - Merumuskan tujuan: a. Spesifik b. Dapat diukur c. Dapat dicapai d. Relevan e. Batas waktu - Sasaran dan tujuan dan arahkan pada pencapaian kemandirian - Mengidentifikasi intervensi keperawatan yang sesuai	25		
5.	Implementasi	15		
6.	Evaluasi - Menguraikan proses evaluasi - Mengidentifikasi hasil asuahan - Menyusun rencana tindak lanjut	15		
	Jumlah	100		

Tanggal Penilaian
Nama Mahasiswa Evaluator

....

KRITERIA PENILAIAN SIKAP

Nama Mahasiswa :
NIM :

No	Aspek Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
I	**Disiplin**				
	1. Presensi				
	2. Seragam lengkap				
	3. Datang tepat waktu				
	4. Pulang tepat waktu				
2	**Tanggung Jawab**				
	1. Aktif mengikuti kegiatan ruangan				
	2. Merencanakan kontrak				
	3. Menyerahkan kontrak				
	4. Ketepatan pelaksanaan isi kontrak				
	* Rotasi				
	* Responsi				
	* Pengumpulan lap. Maks. 2 hari setelah rotasi				
3	**Hubungan Dalam Kerja**				
	1, Dapat bekerjasama dengan tim kesehatan lain				
	2. Dapat bekerjasama dengan tim lain selain kesehatan				
	3. Memberikan pendapat pada orang lain				
	4. Menerima pendapat orang lain				
4	**Kejujuran**				
	1. Melaporkan kegiatan harian				
	2. Membuat laporan sesuai dengan kasus nyata				
5	**Penampilan**				
	1. Kerapian				
	2. Keserasian				
	3. Kebersihan				
	4. Kedewasaan				

Keterangan:

Nilai: 4 Jika semua komponen terpenuhi
3 Jika 1 komponen tidak terpenuhi
2 Jika 2 komponen tidak terpenuhi
1 Jika 3 komponen tidak terpenuhi

Kejujuran: 4 Jika dikerjakan semua
1 Jika salah satu tidak dikerjakan

Contoh: $\frac{4+3+2+4+3}{5} = \frac{16}{5} = 3{,}2$

Mojokerto, ….....
Penilai/Pembimbing,

(.....)

TATA TERTIB MAHASISWA
PRAKTEK KLINIK KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

I. KETENTUAN SERAGAM PRAKTIK

Mahasiswa harus menggunakan ketentuan seragam institusi meliputi:

- Pakaian seragam atas dan bawah putih
- Kerudung atau Kap putih
- Sepatu Hitam dan bukan sepatu olahraga
- Memakai kaos kaki
- Tanda pengenal mahasiswa dan pin.

II. KETENTUAN PRESENSI

1. Jumlah kehadiran selama praktik adalah 100 %
2. Ketidakhadiran karena Sakit/Ijin mengganti sejumlah hari yang ditinggalkannya dengan ketentuan:
   - Surat keterangan sakit dari Dokter
   - Surat ijin dari institusi/koordinator praktik
3. Ketidakhadiran karena Alpha (tanpa keterangan) harus membuat surat pernyataan yang diketahui institusi dan mengganti dinas 2 (dua) kali hari yang ditinggalkannya.
4. Setiap mahasiswa diwajibkan hadir tepat waktu sesuai jadwal yang telah ditentukan
   a. Pagi : jam 07.00 - 13.00
   b. Sore : jam 15.00 - 18.00

III. KATEGORI PELANGGARAN

A. Pelanggaran ringan
   1. Menggunakan perhiasan diluar ketentuan (berlebihan)
   2. Berambut panjang (Putra)
   3. Tidak menggunakan identitas/sepatu sesuai ketentuan

B. Pelanggaran sedang
   1. Terlmbat masuk dinas lebih dari 3 kali
   2. Tidak mengikuti praktek tanpa keterangan
   3. Memalsukan tanda tangan presensi mahasiswa
   4. Meninggalkan ruangan praktek tanpa sepengetahuan kepala/penanggungjawab ruangan
   5. Tidak sopan terhadap pasien, keluarga dan tenaga kesehatan lain.
   6. Merokok baik didalam maupun diluar ruangan.

C. Pelanggaran Berat
   1. Memalsukan tanda tangan pembimbing
   2. Tidak mengikuti praktik selama 3 kali berturut-turut tanpa keterangan
   3. Dua kali melakukan pelanggaran sedang
4. Melakukan tindakan yang membahayakan/berakibat fatal bagi klien
5. Mengabaikan teguran/peringatan pembimbing
6. Melakukan tindakan yang merugikan pasien/keluarga/institusi.

IV. SANKSI PELANGGARAN
   A. Pelanggaran ringan
      1. Teguran lisan dan pengarahan
      2. Membuat pernyataan dan diketahui pendidikan/koordinator
   B. Pelanggran sedang
      1. Membuat pernyataan yang diketahui pimpinan institusi
      2. Penugasan dan sangsi dari institusi
   C. Pelanggran berat
      1. Membuat surat pernyataan diketahui orangtua, pimpinan institusi dan pihak rumahsakit.
      2. Mahasiswa dinyatakan tidak lulus praktik.

TATA TERTIB ASRAMA

A. TATA TERTIB UMUM
   1. Setiap penghuni asrama wajib mematuhi tata tertib dan peraturan yang berlaku
   2. Setiap penghuni asrama harus menempati tempat tidur yang sudah ditetapkan
   3. Tidak dibenarkan memindahkan atau menukar barang inventaris asrama dari satu tempat ke tempat lain.
   4. Sebelum meninggalkan kamar:
      - Tempat tidur dalam keadaan rapi
      - Almari pakaian terkunci
      - Lampu kamar dipadamkan
      - Kunci pintu asrama diserahkan pada ibu asrama
   5. Selalu berpakaian rapi dan sopan
   6. Dilarang merokok, membawa dan atau minum minuman keras
   7. Harus menjaga kebersihan kamar
   8. Tidak diperkenankan membawa barang-barang berharga (Perhiasan, sepeda motor dan mobil)
   9. Dilarang corat-coret dilingkungan asrama
   10. Jemuran pakaian, sepatu dan barang-barang lain tidak diluar (terutama malam hari)
   11. Pengelola asrama tidak bertanggungjawab terhadap kehilangan milik penghuni asrama.
   12. Setiap kelompok membentuk ketua/lurah.

B. TATA TERTIB KHUSUS
   1. WAKTU MAKAN
      a. Setiap penghuni asrama makan ditempat yang telah disediakan
      b. Menu makahan disediakan untuk umum kecuali sakit atau alergi
      c. Waktu makan pagi pk. 06.00 – 07.00, makan siang pk. 13.00 – 14.00 dan makan malam pk. 18.00 – 19.00.
      d. Diluar jam makan tersebut diatas bukan menjadi tanggungjawab pengawas asrama.
   2. TATA TERTIB MENERIMA TAMU
      a. Setiap tamu harus mengisi bukuu tamu
      b. Tempat menerima tamu harus diruang tamu
      c. Tamu tidak diperkenankan menginap
      d. Saat menerima tamu harus berpakaian sopan
      e. Apabila mahasiswa sedang praktek tidak diperkenankan menerima tamu.

3. WAKTU MENERIMA TAMU
   a. Hari sabtu : pk 16.00 – 19.00
   b. Hari minggu/besar : pk 16.00 – 18.00

4. TATA TERTIB IJIN KELUAR
   a. Setiap mahasiswa yang ijin keluar mengisi form ijin keluar
   b. Setelah kembali harus melapor pengawas asrama
   c. Waktu jam keluar hari sabtu pk. 14.00 – 19.00, hari minggu/besar pk 14.00 – 18.00.
   d. Ijin khusu diberikan kepada mahasiswa karena alasan khusus dan atas persetujuan ketua DIKLAT RSJP lawang.

5. SANGSI PELANGGARAN
   a. Mahasiswa yang bersangkutan diwajibkan membuat surat pernyataan kepada DIKLAT dan institusi.
   b. Pengawas membuat berita acara.

Daftar Pustaka

Azizah, Lilik Ma'rifatul. (2011) .*Keperawatan Jiwa Aplikasi Praktik Klinik*. Yogyakarta. Graha Ilmu

Burns, Alistair; Lawlor, Brian; Craig, Sarah. (1999). *Assessment Scales in Old Age Psychiatry*. Martin Dunitz Ltd. London

Carpenito, Lynda Juall. (2001). *Buku Saku Diagnosa Keperawatan Edisi 8*, Alih Bahasa Monica Ester. Jakarta: Penerbit EGC.

Dalami, Ernawati. (2009). *Asuhan keperawatan klien dengan gangguan jiwa*. Jakarta : TIM

Deborah, Otong. (1995). *Psychiatric Nursing Biological and Behavior Concept*. WB. aunders Company. Philadelphia Pensylvania

Ebersole, Neil and Hess, Young. (2001). *Geriatric Nursing and Healthy Aging*. Mosby. Inc. St. Louise. Missouri

Fitria, Nita. 2010. *Prinsip Dasar dan Aplikasi Penulisan Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (LP dan SP)*. Jakarta : Salemba Medika

Fortinash & Worret, (1996), *Psychiatric Mental Health Nursing*, CV Mosby, St. Louise Missouri.

Gail Williams, Mark Soucy. (2013). *Course Overview - Role of the Advanced Practice Nurse & Primary Care Issues of Mental Health/Therapeutic Use of Self* . School of Nursing, The University of Texas Health Science Center at San Antonio

Glanz, Martin; Scott, David; Sain, Smith. (2008). *Health Behavior and Health Education*, John Willey & Sons, San Francisco.

Hamid, Achir.(2008). *Aspek Spiritual dalam Keperawatan*, EGC, Jakarta

Hawari, Dadang. (1996). *Al-Qur'an Ilmu Kedokteran Jiwa dan Kesehatan Jiwa*. PT. Dana Bhakti Prima Yasa. Jakarta

Iyus Yosep, 2009, *Keperawatan Jiwa*, Bandung : Rafika Aditama

Isaacs, Ann. 2005. *Keperawatan kesehatan jiwa dan psikiatri edisi 3*. Jakarta :EGC

Kaplan, Sadock. (2007). *Synopsis of Psychiatry, jilid 1*. Alih bahasa Widjaja Kusuma. Binarupa Aksara. Jakarta

Keliat, Budi Anna, dkk. (1998). *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa*, Editor Yasmin Asih, Skp. Jakarta: Penerbit EGC.

Keliat dan Akemat (2004). *Keperawatan Jiwa; Terapi Aktifitas Kelompok*, Jakarta: Penerbit EGC

Keliat, Budi Anna, dkk. (2011). *Keperawatan kesehatan jiwa komunitas: CMHN (basic course*). Jakarta : EGC.

Kozier, Barbara. (2004). *Fundamental of Nursing; Concept, Process, and Practice*. Jew Jersey, Philladelphia

Maramis, Willy F. (1998). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*, Surabaya: University Airlangga Press.

Marry Ann Boyd.(2002).*Psychiatric Nursing Contemporary Practice*, second edition.

Nanda. (2005). *Nursing Diagnosis' definition & Clasificatian*. Nanda International.

Noren Cavan Frisch & Lawrence E Frisch.(2007).*Psychiatric Mental Health Nursing*, third edition.New York:Thomson Delmar Learning.

Notosoedirdjo dan Latipun. (2005). *Kesehatan Mental ; konsep dan penerapan*. UMM Press. Malang

Rawlin & Heacock, (2003), *Clinical Manual of Psychiatric Nursing*, CV. Mosby, St. Louise Missouri

Sadavoy et al. (2004). *Comprehensive Textbook of Geriatric Psychiatry*. W.W. Norton & Co. New York

Sheila L. Videbeck.(2011). *Psychiatric Mental Health Nursing*, fifth edition.Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincot William & Wilkins.

Stuart, Gail Wiscarz dan Sandra J. Sundeen. (1998). *Buku Saku Keperawatan Jiwa Edisi 3*, Alih Bahasa Achir Yani S Hamid, DNSc. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Stuart, G. W.,T. (2009). *Principles and practice of psychiatric nursing* (9thEd.). St.Louis, MO: Mosby.

Taylor, Barbara. (1997). *Fundamental of Nursing; the art and science of nursing care.* Lippincott-Raven. Philadelphia

Twosend, Mary C. (2009). *Psychiatric Mental Health Nursing: Concept of Care in Evidance Based Practise (6thEd)*. F.A. Davis Company.

Vena Benner Carson & Elizabeth Nolan Arnold.(1996).*Mental Health Nursing, The nurse patient Journey,* W.B Saunder Company, Philadelphia.